Vilkår for tillægsforsikring ved ufrivillig arbejdsløshed for medlemmer af AKA

(Lønsikring)

Vilkår 8812-3

Gælder fra november 2026

Indhold

Fortrydelsesret ... 3

Punkt 1	Hvem kan etablere forsikringen?	4
Punkt 2	Forsikringsaftalen	4
Punkt 3	Hvornår gælder forsikringen fra?	5
Punkt 4	Hvad og hvornår dækker forsikringen?	5
Punkt 5	Hvad og hvornår dækker forsikringen ikke?	7
Punkt 6	Outplacement – hjælp til at komme tilbage på arbejdsmarkedet	8
Punkt 7	Sundhedsforsikring	8
Punkt 8	Hvor stor er din forsikringsdækning?	8
Punkt 9	Hvis du bliver ledig	9
Punkt 10	Sådan foregår udbetaling	9
Punkt 11	Betaling for forsikringen	10
Punkt 12	Hvornår ophører forsikringen?	10
Punkt 13	Ændringer, opsigelse og forældelse	11
Punkt 14	Behandling af personoplysninger	12
Punkt 15	Klageadgang og lovgivning	12
Punkt 16	Ordforklaring - definitioner	13

Tillæg: Vilkår for sundhedsforsikring – basis ved lønsikring ... 15

Fortrydelsesret

Du har ret til at fortryde din bestilling

Ifølge forsikringsaftalelovens § 34 i, kan du fortryde, at du har bestilt forsikringen. Fortrydelsesfristen er 30 dage, som begynder, når du har modtaget policen:

- Hvis du fx får policen mandag den 1., kan du fortryde aftalen til og med onsdag den 31.
- Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente med at fortryde til den følgende hverdag

Sådan fortryder du

Hvis du fortryder, er det vigtigt, at du giver os besked, inden fristen udløber. Og giver du skriftlig besked - fx pr. brev eller e-mail - skal du have sendt beskeden, inden fristen udløber. Du kan eventuelt sende dit brev anbefalet og gemme postkvitteringen, hvis du vil have bevis for, at du har fortrudt i tide.

Du kan også fortryde online på vores hjemmeside via if.dk/fortryd. Når du bruger formularen, får du straks en kvittering tilsendt på e-mail. Kvitteringen indeholder både oplysninger om din fortrydelse samt dato og tidspunkt for, hvornår den er sendt.

Du skal give besked til

If Skadeforsikring, Borupvang 4, 2750 Ballerup, loensikring@topdanmark.dk eller via if.dk/fortryd.

Punkt 1 Hvem kan etablere forsikringen?

Stk. 1. For at etablere lønsikring skal du opfylde følgende:

a. Du skal være mindst 18 år og højst 59 år
b. Du skal være i arbejde som lønmodtager i Danmark eller være selvstændigt erhvervsdrivende i Danmark og drive virksomheden som din hovedbeskæftigelse
c. Du må ikke have modtaget udbetaling fra en lignende privat arbejdsløshedsforsikring inden for de sidste 2 år
d. Du skal være medlem af AKA i hele forsikringens løbetid
e. Du skal være medlem af en dansk statsanerkendt a-kasse i hele forsikringens løbetid

Punkt 2 Forsikringsaftalen

Stk. 1. Forsikringen er etableret, forhøjet, ændret eller sat i kraft på grundlag af de oplysninger, du har afgivet ved tilmeldingen eller senere.

Stk. 2. Forsikringen omfatter dækning ved ufrivillig arbejdsløshed.

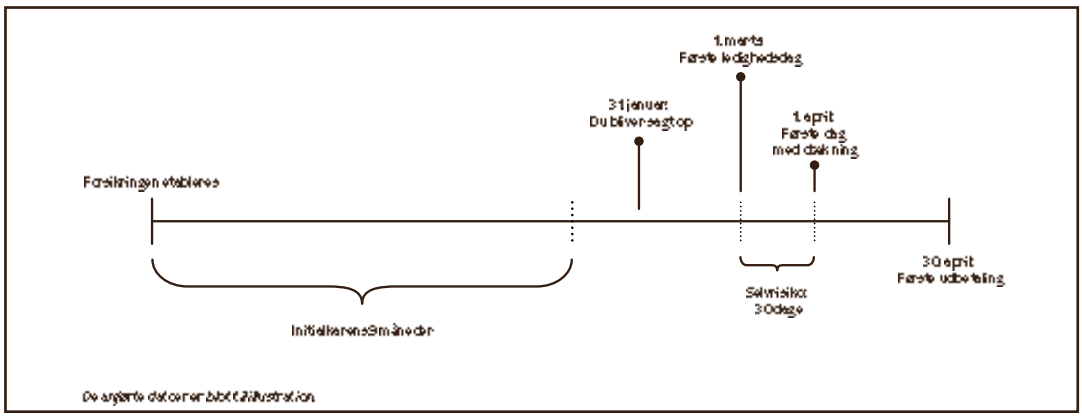
Stk. 3. Dokumentation for aftalen er din police. Endvidere gælder disse vilkår.

Stk. 4. Ved følgende ændringer begynder der en ny initialkarensperiode for den del af forsikringen, der ændres:

- Forhøjelse af dækningssum
- Forhøjelse af antal udbetalinger i én udbetalingsperiode

Stk. 5. Du kan ikke forhøje forsikringen, efter du har fået mundtlig eller skriftlig besked om en afskedigelse, eller mens du er ansat på et specifikt projekt, en tidsbegrænset kontrakt eller en anden midlertidig beskæftigelse.

Stk. 6. Ønsker du at foretage en ændring af din forsikring i forsikringens løbetid, fx forhøjelse af dækningssummen, betyder det, at forsikringen fortsætter med de forsikringsbetingelser, der gælder på ændringstidspunktet.



Punkt 3 Hvornår gælder forsikringen fra?

Stk. 1. Forsikringen gælder tidligst fra den 1. i måneden, efter If har modtaget din tilmelding. Du kan se på din police, hvornår din forsikring gælder fra.

Stk. 2. Har du allerede etableret en lignende lønsikring i If, kan du overføre din anciennitet – altså den tid du har haft forsikringen – til den nye forsikring. Dette gælder, uanset om lønsikringen er etableret for lønmodtagere eller for selvstændigt erhvervsdrivende. Overførslen kan ikke foretages, så længe der er anmeldt en dækningsberettiget arbejdsløshedsperiode, og der udbetales på baggrund af denne.

Stk. 3. Opsiger du en arbejdsløshedsforsikring i et andet forsikringsselskab, og etablerer du pr. samme dato en tillægsforsikring ved arbejdsløshed for lønmodtagere eller selvstændigt erhvervsdrivende i If, så medregnes forsikringstiden fra den tidligere forsikring under punkt 4, stk. 4, litra d, se dog punkt 1, stk. 1, litra c. Dog kan du i initialkarensperioden aldrig opnå bedre dækning, end du ville have haft på den opsagte arbejdsløshedsforsikring.

Punkt 4 Hvad og hvornår dækker forsikringen?

Stk. 1. Forsikringen dækker, hvis du bliver arbejdsløs i forsikringstiden. Ved arbejdsløshed forstås i denne forsikring, at du ufrivilligt er uden arbejde. Se dog undtagelser under punkt 5.

Stk. 2. Forsikringen dækker først, når selvrisikoperioden er udløbet. Se illustrationen nedenfor.

Stk. 3. Du har pligt til straks at orientere If, hvis:

- Du ændrer status fra lønmodtager til selvstændig eller omvendt
- Du holder ferie
- Du ikke længere er bosat i Danmark eller har taget arbejde uden for Danmark. If tager herefter stilling til, om og på hvilke vilkår du kan videreføre din forsikring, se også punkt 5, stk. 3.
- Du ikke længere er medlem af AKA, se punkt 12, stk. 4
- Du ikke længere er medlem af en dansk statsanerkendt a-kasse, se punkt 12, stk. 5
- Din løn falder med mindst 10 %, se punkt 8, stk. 3

Stk. 4. Det stilles som krav for at få dækning, at:

a. Du er tilmeldt et jobcenter som ledig
b. Du er aktivt jobsøgende og dermed til rådighed for arbejdsmarkedet
c. Du, umiddelbart forud for at du bliver ufrivilligt arbejdsløs, opfylder beskæftigelseskravet på 12 måneder – se hertil punkt 16, stk. 3, 5 og 6. Arbejdsløshed i sammenlagt højst 2 uger vil dog ikke have indflydelse på beskæftigelseskravet.
d. Du ikke inden for initialkarensen, se punkt 16, stk. 2, bliver arbejdsløs eller får mundtlig eller skriftlig besked om, at du med overvejende sandsynlighed bliver arbejdsløs – eksempelvis i kraft af en varsling eller lignende. For selvstændigt erhvervsdrivende gælder, at du ikke må ophøre med den selvstændige virksomhed fx pga. konkurs, rekonstruktion eller akkord, have viden om kommende ledighed eller selv tage skridt til virksomhedens ophør inden for initialkarensen.
e. Du er berettiget til udbetaling af dagpenge

f. Du ikke er frivilligt arbejdsløs og har fået karantæne fra a-kassen. Vurderingen følger arbejdsløshedsforsikringslovens regler om karantæne ved selvforskyldt ledighed.

Stk. 5. For selvstændigt erhvervsdrivende, der ikke omfattes af punkt 4, stk.4, litra d, gælder, at der kan opnås dækning, hvis en af følgende betingelser er opfyldt:

a. Din virksomhed er erklæret konkurs
b. Din virksomhed er under rekonstruktion
c. Panthaver står for driften af din virksomhed inden tvangsauktion (brugeligt pant)
d. Din virksomhed er ophørt ved tvangsauktion

Stk. 6. Du kan, forudsat at du informerer If, have deltidsarbejde i op til 145,53 timer pr. måned og samtidig modtage ydelse fra forsikringen, se dog den beløbsmæssige begrænsning i punkt 8, stk. 2.

Lønnet deltidsarbejde defineres som arbejde, der kan medregnes til beskæftigelseskravet efter arbejdsløshedsforsikringsloven.

Muligheden for at få udbetaling under et deltidsjob gælder kun, hvis du inden deltidsjobbet er opsagt fra dit tidligere arbejde, og du ansættes i deltidsjobbet hos en anden arbejdsgiver end den tidligere.

Består deltidsarbejdet i arbejde:

- som ikke bliver honoreret på timebasis eller månedsbasis,
- som først aflønnes senere end 2 måneder efter udførelsen af arbejdet, og
- hvor aflønningen er afhængig af forhold, som du ikke eller kun delvis har indflydelse på,

så anvendes en af finansministeren fastsat sats pr. times udført arbejde til beregning af et eventuelt fradrag i udbetalingen af forsikringen. Se den beløbsmæssige begrænsning i punkt 8, stk. 2.

Stk. 7. Du kan deltage i et aktiveringsprogram og samtidig modtage ydelse fra forsikringen, se dog den beløbsmæssige begrænsning i punkt 8, stk. 2.

Stk. 8. Er du efter en udbetalingsperiode i arbejde i 6 sammenhængende måneder eller mindre efterfulgt af endnu en ny udbetalingsperiode på grund af ufrivillig arbejdsløshed, betragtes de to udbetalingsperioder som et sammenhængende forløb, dvs. som én udbetalingsperiode.

Stk. 9. Er du efter en udbetalingsperiode i arbejde i mere end 6 sammenhængende måneder efterfulgt af en ny udbetalingsperiode på grund af ufrivillig arbejdsløshed, betragtes det som to udbetalingsperioder, og i så fald er der en ny selvrisikoperiode. Det er en betingelse for udbetaling i efterfølgende perioder, at arbejdsperioden udgør mere end 6 sammenhængende måneder med mindst 16 timer om ugen uden udbetaling fra forsikringen, før der kan rejses krav om udbetaling fra forsikringen under en ny arbejdsløshedsperiode.

Stk. 10. Er du arbejdsløs og får udbetaling fra forsikringen og ønsker at påtage dig midlertidigt arbejde i en periode på mellem 6 og 12 måneder, kan det aftales, at udbetalingsperioden ved eventuel efterfølgende arbejdsløshed betragtes som en del af den tidligere udbetalingsperiode. Denne aftale skal indgås med If, inden det midlertidige arbejde påbegyndes, ellers finder reglen i punkt 4, stk. 9 anvendelse.

Punkt 5 Hvad og hvornår dækker forsikringen ikke?

Stk. 1. Forsikringen dækker ikke, hvis du:

a. Ved etablering af forsikringen vidste eller burde vide, at du ville blive afskediget eller stoppe med at drive selvstændig virksomhed inden for de næste to år
b. Frivilligt bliver arbejdsløs, herunder frivilligt afslutter dit arbejde i en opsigelsesperiode, hvor arbejdsgiveren har opsagt dig (du er dog dækket efter opsigelsesperiodens udløb)
c. Bliver arbejdsløs på grund af afslutning af et lærlingeforløb eller uddannelsesaftale
d. Bliver arbejdsløs fordi dit arbejde er sæsonbestemt, og du derfor ikke har uafbrudt arbejde. Efter to år fra etableringen af forsikringen er det dog tilladt at være arbejdsløs i perioder på højst selvrisikoperioden, uden at det påvirker dækningen.
e. Bliver arbejdsløs, fordi du arbejder på et specifikt projekt, eller er ansat i en tidsbegrænset stilling, som bliver afsluttet inden for en periode på to år fra etableringen af forsikringen. Hvis du bliver afskediget fra et projekt eller en tidsbegrænset stilling, hvis varighed er på to år eller mere, kan der dog ydes dækning frem til ophøret af den oprindeligt aftalte arbejdsperiode efter selvrisikoperiodens udløb - If den maksimale dækning på din police.
f. Bliver arbejdsløs, fordi du er ansat på en tidsbegrænset kontrakt, hvis varighed er på under to år fra etableringen af forsikringen. En eventuel arbejdsløshedsperiode mellem to tidsbegrænsede kontrakter – fx ved turnusordninger eller undervisningskontrakter – højst svarende til selvrisikoperioden – forhindrer ikke udbetaling, så længe den sidste kontrakt ophører, to år eller mere fra etableringen af forsikringen.
g. Bliver arbejdsløs pga. sygdom eller ulykke
h. Er selvstændigt erhvervsdrivende, og driften af din virksomhed ophører midlertidigt, se punkt 4, stk. 9.
i. Ikke opfylder beskæftigelseskravet på 12 måneders sammenhængende arbejde umiddelbart forud for første ledighedsperiode. Det er et krav, at du i perioden enten har drevet selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse med mindst 30 timer om ugen, eller har været i arbejde som lønmodtager med mindst 16 timer om ugen. Ansættelse i fleksjob, job med løntilskud eller lignende støttet beskæftigelse tæller ikke med ved opgørelsen af, om beskæftigelseskravet er opfyldt.

Stk. 2. Forsikringen giver endvidere ikke ret til udbetaling, hvis arbejdsløsheden skyldes:

a. Indre uroligheder i Danmark, krig på dansk område, stråling og radioaktiv forurening eller beslægtede hændelser
b. Strejke, lockout eller dit engagement heri
c. Vejrlig

Stk. 3. Hvis du tager arbejde uden for Danmark i et EØS-land, fortsætter dækningen, hvis du overflytter din arbejdsløshedsforsikring til beskæftigelseslandet efter EØS' regler om arbejdsløshedsforsikring. Du skal fortsat betale præmien for din lønsikring under opholdet i udlandet, og for at have en ubrudt forsikringsperiode skal du genoptage medlemskabet af AKA ved hjemkomsten efter de regler og frister, der er fastsat i EØS-reglerne om medlemskab og dagpengeret efter ophold og arbejde i udlandet. Efter hjemkomst fra udlandet er det en forudsætning for udbetaling fra din lønsikring, at du er dagpengeberettiget fra en dansk statsanerkendt a-kasse.

Punkt 6 Outplacement – hjælp til at komme tilbage på arbejdsmarkedet

Stk. 1. Hvis du er berettiget til udbetaling fra forsikringen, har du ret til ét outplacement-forløb i hele forsikringstiden.

Stk. 2. Der skal benyttes den outplacement-leverandør, der følger af aftale med AKA.

Stk. 3. For at få ret til outplacement-forløb skal du gøre følgende:

a. Du skal kontakte AKA, senest to måneder efter du er blevet opsagt (løbende måned + to måneder)
b. Herefter skal du deltage i en afklaringsdrøftelse
c. Den handlingsplan, der aftales med outplacement-leverandøren, skal overholdes, for at du fortsat er berettiget til outplacement-forløbet

Punkt 7 Sundhedsforsikring

Stk. 1. Du har sundhedsforsikring gennem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S (DSS).

Stk. 2. Sundhedsforsikringen aktiveres, når en anmeldt skade på lønsikringen godkendes af If.

Stk. 3. Sundhedsforsikringen deaktiveres, når du efter en periode med udbetaling fra din lønsikring kommer i arbejde igen, eller har modtaget det maksimale antal udbetalinger i en udbetalingsperiode jf. pkt. 8, stk. 4.

Stk. 4. I bilaget til disse lønsikringsvilkår kan du se, hvad sundhedsforsikringen omfatter og ikke omfatter. Her kan du også se, hvad du skal gøre, hvis du ønsker at gøre brug af sundhedsforsikringen.

Stk. 5. Hvis du har spørgsmål til din sundhedsforsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring på 70 20 61 22.

Punkt 8 Hvor stor er din forsikringsdækning?

Stk. 1. Størrelsen af din dækning fremgår af din police. Der kan i alle tilfælde højst udbetales det beløb pr. måned, der fremgår af policen, se endvidere punkt 10, stk. 1.

Stk. 2. Når du er arbejdsløs, kan din samlede månedlige indtjening inkl. din forsikring i If højst udgøre 90 % af din løn, før du blev arbejdsløs.

Din samlede månedlige indtjening udgøres af følgende eventuelle indtægter fra:

- deltidsarbejde
- aktivering
- arbejdsløshedsdagpenge
- ydelser fra det offentlige, herunder sygedagpenge og ressourceforløbsydelse
- andre lignende forsikringsdækninger inkl. livrenter og dækninger ved tab af erhvervsevne

Din løn, før du blev arbejdsløs, defineres som:

- Din løn ekskl. arbejdsmarkedsbidrag (AMB)
- Arbejdsfortjeneste for selvstændigt erhvervsdrivende ekskl. arbejdsmarkedsbidrag (AMB)

Se endvidere punkt 16, stk. 5.

Hvis din samlede månedlige indtjening udgør mere end 90 % af din løn, før du blev arbejdsløs, nedsættes udbetalingen fra din lønsikring.

Stk. 3. Falder din løn (arbejdsfortjeneste for selvstændigt erhvervsdrivende) med mindst 10 %, og varer dette i mere end 3 måneder, skal du underrette If, da lønfaldet kan påvirke størrelsen af forsikringsydelserne, se stk. 2.

Stk. 4. For hver arbejdsløshedsperiode kan der højst udbetales det antal måneder, der fremgår af policen. Desuden er der i policen angivet et maksimum for antallet af måneder der kan udbetales i hele forsikringstiden.

Punkt 9 Hvis du bliver ledig

Stk. 1. Hvis du bliver ledig, skal du hurtigst muligt anmelde dette til If. Du skal herefter udfylde en erklæring for hver måned, du ønsker udbetaling fra forsikringen. Om forældelse af krav på udbetaling, se punkt 13, stk. 6 og 7. Ved manglende opfyldelse af stk. 2-4 kan der ikke ske udbetaling.

Stk. 2. Du skal ligeledes anmelde arbejdsløshed til dit jobcenter og din a-kasse.

Stk. 3. Ved anmeldelsen til If skal du give os tilladelse til at indhente oplysninger fra a-kasse, tidligere arbejdsgiver, kommune, pensionsselskaber og fagforening.

Stk. 4. Du er forpligtet til at give If den dokumentation, som vi finder nødvendig, og vi kan eventuelt anmode om yderligere oplysninger ved behandling af anmeldelse, herunder fx:

a. Dokumentation fra din arbejdsgiver om, at du på det relevante tidspunkt var i arbejde
b. Kopi af den "jobplan", som du måtte have indgået med dit jobcenter eller a-kassen
c. Dokumentation fra din seneste arbejdsgiver om, at du ikke længere arbejder for denne
d. Oplysning fra et andet forsikringsselskab om, hvorvidt du får udbetaling fra en anden forsikring i forbindelse med ledighed eller sygdom

Stk. 5. Udgifter i forbindelse med fremskaffelse og fremsendelse af dokumentation efter stk. 4 dækkes ikke af If.

Stk. 6. Ved ophør af forsikringen henvises endvidere til reglerne om anmeldelse af arbejdsløshed i punkt 13, stk. 8.

Punkt 10 Sådan foregår udbetaling

Stk. 1. Udbetaling sker månedligt, men din månedlige udbetaling beregnes pr. dag. Hver måned udgør 30 dage. Såfremt anmeldelse er foretaget, og If på baggrund af de indhentede oplysninger kan anerkende kravet, sker udbetaling den sidste hverdag i måneden for selvrisikoperiodens udløb.

Såfremt selvrisikoperioden udløber efter den 21. i måneden, vil den første udbetaling ske den sidste hverdag i måneden efter selvrisikoperiodens udløb. Udbetaling sker altid bagudrettet og til din NemKonto.

Stk. 2. Det er et krav for at få udbetaling, at du er bosat i Danmark på tidspunktet, hvor udbetaling af forsikringsydelsen sker, se dog punkt 5, stk. 3.

Stk. 3. Forsikringen giver kun ret til udbetaling for de dage, hvor du modtager dagpenge fra a-kassen.

Stk. 4. Udbetaling af forsikringsydelsen stopper, hvis forsikringsaftalen ophører, medmindre forsikringen ophører som følge af alder. Er du fratrådt på grund af ufrivillig arbejdsløshed, inden forsikringen når den i policen angivne udløbsdato, og forsikringen ophører af denne grund, så fortsætter udbetalingen af ydelsen, indtil du af andre grunde ikke længere er berettiget til ydelsen.

Punkt 11 Betaling for forsikringen

Stk. 1. Præmien fastsættes 1. januar som udgangspunkt for et år ad gangen på grundlag af skadeforløbet, udviklingen i ordningen, mv. Præmien kan dog altid reguleres med 1 måneds varsel til udgangen af en måned, såfremt If konstaterer, at der er ubalance i forholdet mellem skadeudgifter og præmieindtægter.

Stk. 2. Ved ophør af medlemskab af AKA eller ved ophør af samarbejdsaftalen mellem If og AKA, fastsættes præmien den 1. i måneden efter ophørstidspunktet efter If til enhver tid gældende regler for individuel tillægsforsikring ved ufrivillig arbejdsløshed.

Stk. 3. Præmien forfalder den 1. i hver måned, indtil andet måtte blive aftalt i samarbejdsaftalen mellem AKA og If.

Stk. 4. If opkræver præmien via Betalingsservice på den konto i et pengeinstitut med adresse i Danmark, som du har oplyst.

Stk. 5. Er første præmie ikke betalt på forfaldsdatoen, sender If et påkrav (opkrævning) til dig. Betales første præmie ikke efter påkrav, ophører forsikringen og dermed If ansvar med virkning fra det oprindeligt aftalte ikrafttrædelsestidspunkt. If er ved påkrav berettiget til at opkræve et administrationsgebyr i forbindelse med opkrævning af forsikringspræmien.

Stk. 6. Er en senere præmie ikke betalt på forfaldsdatoen, sender If en påmindelse til dig. Påmindelsen indeholder oplysning om, at forsikringen ophører, hvis præmien ikke er blevet betalt inden for den angivne frist.

If er ved udsendelse af sådan en påmindelse berettiget til at opkræve et administrationsgebyr i forbindelse med opkrævning af forsikringspræmien.

Punkt 12 Hvornår ophører forsikringen?

Stk. 1. Forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvor:

a. Forsikringen når den i policen angivne udløbsdato, se dog punkt 10 stk. 4
b. Du bevilges fleksjob (eller modtager ledighedsydelse), førtidspension eller lignende offentlig ydelse
c. Du overgår til anden beskæftigelse med støtte fra det offentlige, medmindre ansættelsen sker som led i din aktivering
d. Du trækker dig permanent tilbage fra arbejdsmarkedet, herunder bevilges efterløn
e. Samarbejdet mellem AKA og If ophører, se stk. 3
f. Du melder dig ud af AKA, medmindre du opfylder betingelsen i stk. 4, (AKA giver ikke besked om dette til If)
g. Medlemskabet af en dansk statsanerkendt a-kasse ophører, se stk. 5. Se også punkt 5, stk. 3.
h. Der er udbetalt det antal ydelser, som højst kan udbetales i henhold til aftalen
i. Du dør

Stk. 2. Forsikringen ophører endvidere, hvis præmien ikke betales, se punkt 11.

Stk. 3. Hvis samarbejdet mellem If og AKA ophører, kan du opretholde din tillægsforsikring ved ufrivillig arbejdsløshed i If på individuelle vilkår, så længe du er medlem af en dansk statsanerkendt a-kasse.

Stk. 4. Hvis du melder dig ud af AKA, ændres din tillægsforsikring ved ufrivillig arbejdsløshed i If den 1. i måneden efter ophørstidspunktet til en tillægsforsikring på individuelle vilkår, så længe du er medlem af en dansk statsanerkendt a-kasse. Det betyder, at dine anmeldelser vil blive behandlet efter andre vilkår, hvilket kan have betydning for, hvordan du er dækket.

Stk. 5. Hvis du melder dig ud af en statsanerkendt a-kasse, kan forsikringen ikke opretholdes. Den vil blive slettet fra det tidspunkt, hvor du ikke længere opfylder betingelsen om medlemskab af a-kasse. Du kan højst få tilbagebetalt præmie for de sidste 3 år. If kan opkræve administrationsgebyr for hver måned, If har opretholdt din dækning, uden at du har opfyldt betingelserne herfor.

Punkt 13 Ændringer, opsigelse og forældelse

Ændringer

Stk. 1. If kan ændre forsikringsbetingelser for allerede etablerede forsikringer med 1 måneds varsel til udgangen af en måned.

Stk. 2. Ved ændring af forsikringsbetingelserne til skade for dig kan du opsige forsikringen til det tidspunkt, hvor ændringen skulle være trådt i kraft.

Opsigelse

Stk. 3. Du kan til enhver tid skriftligt opsige forsikringen. Opsigelsen virker, fra den 1. i måneden efter If har modtaget opsigelsen.

Stk. 4. If kan med 6 måneders skriftligt varsel til 1. januar opsige forsikringen. Hvis du har anmeldt dækningsberettiget arbejdsløshed, har opsigelsen, også selvom selvrisikoperioden ikke er slut, først virkning, når udbetaling for den anmeldte arbejdsløshedsperiode slutter.

Stk. 5. Du får refunderet eventuel for meget betalt præmie for den del af forsikringstiden, der ikke er forløbet ved opsigelsens virkning.

Forældelse

Stk. 6. Krav på hver enkelt ydelse forældes således, at når du får eller burde have fået kendskab til dit krav mod If og anmelder dette, kan der højst ydes udbetaling bagudrettet for de sidste 3 år før anmeldelsestidspunktet.

Stk. 7. Forældelse indtræder dog, senest 10 år efter den sidste ydelse blev udbetalt, eller, hvis ingen udbetaling har fundet sted, fra den dag den første ydelse kunne kræves betalt.

Stk. 8. Er forsikringsaftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, se punkt 12 og 13, skal skriftlig anmodning om arbejdsløshedsydelse være fremsat over for If inden 6 måneder efter forsikringsaftalens ophør. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringsydelsen ved ufrivillig arbejdsløshed, der ikke skriftligt er anmeldt.

Punkt 14 Behandling af personoplysninger

Som kunde har du mulighed for at se, hvilke personoplysninger vi har om dig. Det vil typisk være oplysninger om navn, adresse, CPR-nummer og om dine forsikringer. Hvis du ønsker at se disse oplysninger, behøver du blot at skrive til:

If Skadeforsikring
Borupvang 4
2750 Ballerup

Vi skal informere dig om, at oplysninger om dit kundeforhold registreres centralt i If. Oplysninger om forsikringsforholdet vil blive behandlet fortroligt. Uvedkommende vil således ikke få adgang til disse oplysninger.

If forbeholder sig ret til at kontrollere dit medlemskab af AKA.

Punkt 15 Klageadgang og lovgivning

Hvis du ikke er tilfreds med en afgørelse, som vi har truffet, skal du kontakte den afdeling, som har behandlet din sag.

Stk. 1. Kontakt If Kundeklager

Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du henvende dig til 'If Kundeklager' inden 12 måneder fra sagens afslutning. 'If Kundeklager' behandler din klage uden omkostninger for dig. Fristen på 12 måneder gælder alene for behandling hos 'If Kundeklager' og har ikke betydning for din klageadgang til Ankenævnet for Forsikring, domstolene eller dine rettigheder efter forældelsesreglerne i hhv. forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

Du kan henvende dig til 'If Kundeklager' via vores hjemmeside if.dk eller du kan klage via post:

If Skadeforsikring
Att.: If Kundeklager
Borupvang 4
2750 Ballerup

Stk. 2. Ankenævnet for Forsikring

Hvis du efter din henvendelse til os fortsat ikke er tilfreds, kan du klage online til Ankenævnet for Forsikring.

En klage til Ankenævnet for Forsikring skal indsendes på et elektronisk skema, som du finder på ankeforsikring.dk.

Det koster et gebyr. Gebyret tilbagebetales, hvis du får helt eller delvis medhold i klagen, eller nævnet afviser at behandle klagen.

Stk. 3. Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang, denne lovgivning ikke er fraveget ved bestemmelser i forsikringsbetingelserne.

Stk. 4. If er underlagt tilsyn af Finanstilsynet.

Stk. 5. Forsikringen er dækket af lov om garantifond for skadesforsikringsselskaber.

Punkt 16 Ordforklaring - definitioner

Stk. 1. Ved **selvrisikoperiode** forstås den periode, der skal gå fra en arbejdsløshedsperiode begynder, til udbetaling fra forsikringen starter. En arbejdsløshedsperiode omfatter ikke den periode, hvor du modtager løn fra arbejdsgiveren fx ved fritstilling. Selvrisikoperiodens varighed fremgår af forsikringsmeddelelsen.

Stk. 2. Ved **initialkarens** forstås en periode, der starter ved ikrafttrædelsesdatoen.

Hvis du i denne periode bliver ufrivilligt arbejdsløs eller får mundtlig eller skriftlig besked om, at du med overvejende sandsynlighed bliver arbejdsløs, er der ingen dækning fra forsikringen. Det samme gør sig gældende, hvis du som selvstændigt erhvervsdrivende ophører med at drive selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse enten på dit eget initiativ eller pga. konkurs, rekonstruktion, akkord eller lignende. Initialkarensens varighed fremgår af policen.

Stk. 3. Ved **beskæftigelseskrav** forstås den sammenhængende periode, hvor du skal have været i arbejde, umiddelbart forud for den første gang du er dækningsberettiget pga. ufrivillig arbejdsløshed. Det er et krav, at du i perioden enten har drevet selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse med mindst 30 timer om ugen, eller har været i arbejde som lønmodtager og har været i arbejde med mindst 16 timer om ugen. Ansættelse i fleksjob, job med løntilskud eller lignende støttet beskæftigelse, tæller ikke med ved opgørelsen af, om beskæftigelseskravet er opfyldt.

Stk. 4. Ved **udbetalingsperiode** forstås den periode, hvor du er berettiget til udbetaling fra forsikringen.

Stk. 5. **Løn** opgøres for både lønmodtagere og selvstændige efter arbejdsløsheds-forsikringslovens regler og tilhørende bekendtgørelser. Sondringen mellem lønmodtagere og selvstændigt erhvervsdrivende, samt definition af løn, arbejde, arbejdstimer, beregningsperiode og -grundlag følger arbejdsløsheds-forsikringslovens regler og tilhørende bekendtgørelser.

Stk. 6. **Selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse** betyder, at du ejer eller kontrollerer en virksomhed baseret i Danmark og bruger hovedparten af din arbejdstid i denne virksomhed i et omfang, som kan sidestilles med lønarbejde i mere end 30 timer om ugen. Virksomheden kan drives som personligt ejet virksomhed, som interessentskab eller som anpartsselskab, aktieselskab eller kommanditselskab med bestemmende indflydelse. Se også arbejdsløsheds-forsikringslovens regler og tilhørende bekendtgørelser.

Stk. 7. Ved **forsikringstid** forstås perioden fra forsikringens ikrafttrædelsesdato til udløbsdatoen eller til forsikringens bortfald inden da, se punkt 12 og 13.



Tillæg: Vilkår for sundhedsforsikring – basis ved lønsikring

Tillæg til

8812-3 december 2025
Vilkår for tillægsforsikring
ved arbejdsløshed
(lønsikring) for medlemmer af AKA

Tillægget indeholder de gældende vilkår for sundhedssikringen, der er en del af ovenstående lønsikring.

Sundhedsforsikringen aktiveres, når en anmeldt skade på lønsikringen godkendes af If Skadeforsikring.

Sundhedsforsikringen deaktiveres, når du efter en periode med udbetaling fra din lønsikring, kommer i arbejde igen eller har modtaget det maksimale antal udbetalinger i en udbetalingsperiode.

DANSK SUNDHEDS SIKRING

Betingelser – privat

Sundhedsforsikring

Basis ved lønsikring

Version 11.0 | Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S | Q4 | 2025

Indholdsfortegnelse

1.	**Aftalegrundlag**	**4**
1.1	Hvad dækker forsikringen?	5
2.	**Hvem er dækket af forsikringen?**	**6**
3.	**Hvor dækker forsikringen?**	**6**
4.	**Brug af forsikringen**	**7**
4.1	Lægehenvisning og dokumentation	7
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	8
4.3	Akut behandling er ikke dækket	8
4.4	Rejser og udlandsophold	8
4.5	Udeblivelse fra behandling	8
4.6	Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling	8
4.7	Udgifter til behandling	9
4.8	Valg af behandler og behandlingsmetode	10
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	11
4.10	Anmeldelse af skade	11
5.	**Hvad dækker forsikringen?**	**12**
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	12
5.2	Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom	13
5.3	Graviditetsrådgivning	14
5.4	Kroniske sygdomme	14
5.5	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	14
5.6	Undersøgelse og behandling hos speciallæge	14
5.6.1	Efterkontrol	17
5.6.2	Reoperation	17

5.6.3	Second opinion	18
5.6.4	Medicinudgifter	18
5.6.5	Midlertidige hjælpemidler	18
5.6.6	Genoptræning	18
5.6.7	Rekreation	19
5.6.8	Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske	20
5.6.9	Transportudgifter	20
5.7	Fysisk sundhed	21
5.8	Mental sundhed	23
5.8.1	Akut krisehjælp	27
5.9	Hospice og terminal pleje	28
5.10	Tandbehandling	29
5.11	Personlige sundhedsprogrammer	29

6. Hvad forsikringen ikke dækker 30

7. Generelle bestemmelser 35

7.1	Forsikringssum	35
7.2	Opsigelse og ophør af forsikringen	35
7.3	Oplysningspligt	35
7.4	Behandling af personoplysninger	36
7.5	Behandling af helbredsoplysninger	36
7.6	Urigtige oplysninger	36
7.7	Forældelse	36
7.8	Klagemuligheder	37
7.9	Hvis du vil vide mere	37

Kontakt Dansk Sundhedssikring

Du kan kontakte os på telefon 70206121 eller via brugerportalen på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. december 2025.

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

ESG (environmental, social and governance)
Dansk Sundhedssikring tager et stort ansvar for at sikre, at vi efterlever de krav, som stilles i FNs Global Compact, og overerholder vores sociale ansvar i forhold til miljø og klima, sociale forhold samt virksomhedsadfærd (læs mere herom på vores hjemmeside).

Definition og ordforklaring af begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

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

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

Forsikringstager/forsikrede
Den person, som er omfattet af forsikringen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsen
Den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark.

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

1.1 Hvad dækker forsikringen?

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

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

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

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

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

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

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af sygdomme, skader og lidelser, der med overvejende sandsynlighed kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres ved at behandle. Vi definerer sygdom som 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.

2. Hvem er dækket af forsikringen?

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

3. Hvor dækker forsikringen?

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

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

Behandlingsformen skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen i Danmark eller leve op til samme kvalitetsstandard som på akkrediterede danske privathospitaler og privatklinikker.

Undersøgelse og/eller behandling skal være i overensstemmelse med lignende undersøgelse og/eller behandling, som anvendes, og som vi godkender, i Danmark.

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

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

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

Udstationerede
Udstationerede er kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark, medmindre andet gælder for aftalen. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

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

4. Brug af forsikringen

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

4.1 Lægehenvisning og dokumentation

Medmindre andet fremgår af den enkelte dækning, kan vi stille krav om, at du har en lægelig henvisning eller anbefaling, der beskriver sygdommen/skaden, før du bruger forsikringen. Lægehenvisningen 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.

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

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

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

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

4.3 Akut behandling er ikke dækket

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

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

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

4.4 Rejser og udlandsophold

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

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

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

4.5 Udeblivelse fra behandling

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

4.6 Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling

Undersøgelser og behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Har du anmeldt en skade hos dit tidligere forsikringsselskab, dækker vi først skaden efter 3 måneder regnet fra datoen, hvor du indtræder i ordningen hos os, medmindre andet fremgår af aftalen.

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

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

4.7 Udgifter til behandling

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

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

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

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

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

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

Fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling

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

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

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

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

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

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

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

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

Øvrige behandlingstakster fremgår af de enkelte dækninger.

4.8 Valg af behandler og behandlingsmetode

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

Forsikringen dækker kun de behandlingsformer, som er nævnt i forsikringsbetingelserne under de forskellige dækninger

Vi kan tilbyde forskellige behandlingsformer og rådgivningsmuligheder, herunder også digitale tilbud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

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

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

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

4.10 Anmeldelse af skade

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

Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde fra dag til dag. Hvis du har spørgsmål om din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via brugerportalen på vores hjemmeside.

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

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

5. Hvad dækker forsikringen?

Afsnittet indeholder de forskellige dækninger.

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

Dækningerne er beskrevet i de følgende afsnit:

5.1 SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning

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

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

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

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

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

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

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp og rådgivning i forbindelse med din behandling samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, vejlede om transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

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

5.2 Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom

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

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

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

- Rådgivning om relevante tilbud til kræftramte
- Samtalegrupper
- Inspiration til mentale øvelser
- Kostvejledning
- Træning og behandling

5.3 Graviditetsrådgivning

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

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

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

5.4 Kroniske sygdomme

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

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

5.5 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

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

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

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

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

Lægehenvisning
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. Ultralydsscanninger, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henvisning.

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

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

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

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

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

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

Du skal altid anvende den behandler, som vi anviser.

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

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

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

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

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

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

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

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

Forsikringen dækker ikke behandling af astma og/eller allergi.

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

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

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

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

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

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

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

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

5.6.1 Efterkontrol

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

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

5.6.2 Reoperation

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

Vi henviser til et behandlingssted.

5.6.3 Second opinion

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

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

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

Third opinion

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

5.6.4 Medicinudgifter

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

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

5.6.5 Midlertidige hjælpemidler

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

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

5.6.6 Genoptræning

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig ambulant genoptræning med almen fysioterapi og kiropraktik i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation i bevægeapparatet. Genoptræningen skal være ordineret af behandlende speciallæge.

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

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

Genoptræningen har til formål at opnå selvtræningsniveau.

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

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

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

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

Forsikringen dækker ikke andre former for genoptræning.

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

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

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

5.6.7 Rekreation

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

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

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

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

5.6.8 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet i direkte forlængelse af en dækningsberettiget operation iværksat af os. Som et nødvendigt led i behandlingen skal hjælpen være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes midlertidig hjælp til rengøring, indkøb, personlig hygiejne samt på- og afklædning i maksimalt 6 måneder regnet fra 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 udgifter til transport i Danmark mellem hjemmet og behandlingsstedet i forbindelse med speciallægehjælp på hospital/klinik. Transporten skal altid være aftalt med og godkendt af os. Der dækkes ikke transportudgifter i forbindelse med speciallæge i psykiatri, akut krisehjælp samt hospice og terminal pleje.

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

Der dækkes ikke udgifter til transport til og fra Danmark.

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

Transport til og fra undersøgelse og behandling

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

Sygetransport (liggende)

Forsikringen dækker liggende sygetransport mellem hjemmet og dækningsberettiget indlæggelse/operation. Liggende transport skal være ordineret af behandlende speciallæge.

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

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

5.7 Fysisk sundhed

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Du skal altid have en gyldig lægehenvisning til fysioterapi, og fysioterapeuten eller kiropraktoren skal have overenskomst med sygesikringen (ydernummer). Vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Hvis du vælger en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

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

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

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

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

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

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

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos selvvalgt fysioterapeut eller kiropraktor ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner.

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

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

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

GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg

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

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

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

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

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

For GLA:D-træning gælder der ikke en grænse på 6 måneders behandling fra diagnosetidspunktet. I de tilfælde, hvor vi ikke kan dække GLA:D-træning for din problematik, vil dækningen for almindelig fysioterapi være gældende.

5.8 Mental sundhed

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Ungerådgivning**
  Rådgivning af indtegnede unge mellem 18 og 27 år i form af fortrolige samtaler med sundhedsfagligt personale om udfordringer som f.eks. stress, angst, kronisk sygdom, ensomhed, spiseproblemer eller lavt selvværd eller problemer i familien, skolen eller med vennerne.

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

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

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

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

Forsikredes børn er omfattet af denne dækning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

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

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

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

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

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

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

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk
Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos selvvalgt psykolog i op til 6 måneder pr. sygdom/skade gældende fra første behandlingsdag. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra psykologen.

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

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

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

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

5.8.1 Akut krisehjælp

Du kan altid ringe til sundhedsteamet og få rådgivning ved akutte og voldsomme hændelser. Sundhedsteamet kan visitere til en række forskellige behandlingsformer, hvis vi vurderer, at du har fået en behandlingskrævende akut psykisk krise pga. følgende:

- Hvis du bliver udsat for en pludselig, alvorlig hændelse/ulykke, hvor du har været i fare
- Hvis du bliver udsat for røveri, overfald, vold eller kidnapning
- Hvis der er brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt)

- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis der er dødsfald hos nærmeste pårørende
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis du overværer et familiemedlems eller en kollegas pludselige, uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke – eller en hændelse af lignende karakter, uanset om den involverer en kollega, et familiemedlem eller en anden person.

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

Der er ikke krav om lægehenvisning.

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

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

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

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

Der dækkes ikke akut psykologbehandling eller debriefing i udlandet.

5.9 Hospice og terminal pleje

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

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

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

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

5.10 Tandbehandling

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

5.11 Personlige sundhedsprogrammer

Vi kan ud fra en faglig vurdering henvise til personlige digitale sundhedsprogrammer i form af individuelt tilpassede forløb. Sundhedsprogrammerne tilbydes hos en erfaren leverandør i vores kvalitetssikrede netværk. Forløbenes varighed og indhold beror på behandlerens faglige vurdering og har en maksimal varighed på 12 måneder. Forløbene dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Der kan maksimalt dækkes ét forløb pr. lidelse/problematik i forsikringstiden. Vælger du at afbryde et forløb før tid, betragtes forløbet som afsluttet, og der dækkes ikke yderligere.

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

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

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

- **Personligt sundhedsprogram til overvægtige gravide**

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

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

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

6. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Akut behandling, jf. bestemmelserne i afsnit 4.3 "Akut behandling er ikke dækket". Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8.1 "Akut krisehjælp".

- Forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende undersøgelse og behandling, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredskontrol og anden forebyggende kontrol.

- Kroniske/varige sygdomme, der er opstået/blevet symptomgivende og/eller diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Kroniske lidelser, som opstår i forsikringstiden, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Af kroniske lidelser kan nævnes diabetes type 1 og 2, stofskiftelidelser, blodsygdomme, alle former for gigt og degenerative lidelser, herunder slidgigt og aldersbetinget rygslitage, spondylose, 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, refluks, kronisk tarmbetændelse, irritabel tyktarm, grøn stær, tinnitus, Ménières sygdom, kolesteatom, endometriose og lignende.

- Hormonelle lidelser, herunder hormonel ubalance, symptomer på hormonel ubalance samt lignende tilstande.

- Medfødte fysiske og psykiske lidelser og lidelser, der kan relateres til fødslen/fosterstadiet, samt følger heraf. Det kan f.eks. være stramt tungebånd, deformiteter og hofteskred.

- Udredning og behandling af benlængdeforskel (anisomeli), skoliose, hoftedysplasi og dyspraksi.

- Behandling af astma og allergi.

- Udredning og behandling af analfissur, analfistel, pilonidalcyster, anal- og slimhindeprolaps samt hæmorider.

- Udredning, behandling og operation af kosmetiske lidelser samt følger heraf, herunder lidelser, som i disse betingelser betragtes som kosmetiske, f.eks. brystkorrektioner, brystforstørrende og brystformindskende operationer uanset årsag, rekonstruktion af bryst, undersøgelse af og udskiftning/fjernelse af implantater uanset årsag, pandeløft og gynækomasti.

- Udredning, behandling og operation af hængende øjenlåg (øvre og nedre).

- Behandlinger med Botox, Xiapex, MiraDry og anden behandling af svedtendens/hyperhidrose. Behandlinger, der sidestilles hermed.

- Behandling af eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, gastrisk sleeve og lignende operationer, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt.

- Udredning og behandling af hudlidelser, som vi vurderer, ikke påvirker helbredstilstanden væsentligt, og/eller som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, såsom godartede modermærker og pletter, lipomer, pigmentforandringer, akne, eksem og eksemlignende hudforandringer, udslæt samt eksem/udslæt forårsaget af allergi, hårtab, alle former for vorter, neglesvamp, ligtorne, psoriasis, vitiligo, rosacea, hudtransplantationer, solskader i huden, aktinisk og seboroisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed. Behandling af tilbagevendende hudlidelser, behandling med Mohs' kirurgi eller lignende behandlingstyper.

- Udredning og behandling af kønssygdomme, hiv/aids samt forstadier og følgesygdomme hertil. Prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral uanset årsag samt følger heraf. Udredning og behandling af ændret seksualfunktion.

- Udredning og behandling af barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Det gælder også psykiske følger.

- Abort. Forsikringen dækker lægehenvist psykologbehandling af behandlingskrævende efterfødselsreaktion, fødselsdepression og gener efter abort.

- Undersøgelse, kontrol, scanning, fødselsforberedelse, privat jordemoder og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel (her henviser vi til det offentlige tilbud, og vi hjælper med rådgivning i den videre proces).

- Udredning og behandling af udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, herunder ADHD, ADD og undertyper, ASF (og alle underliggende typer inden for autismespektret), Tourettes syndrom, demens og spiseforstyrrelser med eventuelle følger. Udredning og behandling af kønsdysfori eller følger heraf.

- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb.

- Konsultationer ved neuropsykolog.

- Samtaleterapi og medicin ved psykiater.

- Udgifter til medicin ud over dem, der er nævnt i afsnit 5.6.4 "Medicinudgifter".

- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed (f.eks. sexafhængighed, pornoafhængighed og spilafhængighed).

- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familieterapi, gruppeterapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandlinger af vedligeholdende og forebyggende karakter.

- Behandling af fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk, tandlægeskræk, eksamensangst og socialfobi og tilstande, der kan sidestilles hermed. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Tilbagevendende angst, herunder tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.

- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.

- Udrednings- og/eller behandlingsforløb vedrørende psykiske lidelser, som vi betragter som værende af høj kompleksitet, og som vi vurderer bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være forløb med komplekse sygdomsbilleder med flere samtidige psykiske lidelser og/eller forløb, der kræver tværfaglige behandlingstilbud eller særlige specialistkompetencer.

- Sygdomme eller lidelser, der er omfattet af et pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

- Hvis du er henvist til offentligt pakkeforløb i psykiatrien.

- Udredning og behandling af hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvensablation (RFA), DC-konvertering, forhøjet blodtryk, arveligt betinget kolesterolforhøjelse, åreforkalkning, forhøjet kolesterol samt forsnævring i kranspulsårerne, KAG, karkirurgi og hjerteoperationer.

- Udredning og behandling af søvnproblemer, snorkeproblemer, søvnforstyrrelser, herunder søvnapnø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinikker og lignende.

- Tand- og tandlægebehandling, tandkirurgi, kæbekirurgi, tyggeskader, tandproteser, broer, knogleopbygning, bideskinner samt gener/læsioner i tænder, mundhule og kæber. Tandskade i direkte forbindelse med en dækningsberettiget skade, hvor behandlingen er iværksat af os, dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.10 "Tandbehandling".

- Følgesygdomme ved misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.

- Udredning, undersøgelse og behandling af alle former for symptomer på nedsat syn og indskrænket synsfelt, nær- og langsynethed, bygningsfejl, binokulært syn, samsynsproblemer, samsynstræning, synskorrigering, øjentørhed, flydere og pletter for øjet, glaslegemeuklarhed, skelen, problemer med binokulært syn og AMD. Grå stær dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6 "Grå stær".

- Vitrektomi, vitreolyse. Synskorrigerende linse, uanset årsag og uanset linsetype. Linseudskiftning.

- Briller, kontaktlinser og/eller synstest, synsundersøgelse eller andre synskorrigerende behandlinger og hjælpemidler.

- Udredning, undersøgelse og behandling af alle former for symptomer på nedsat hørelse, herunder almindelig høreundersøgelse, høreprøver, høreapparat eller anden høreforbedrende behandling.

- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg eller lignende tillæg, samt tillægsydelser i forbindelse med behandling, såsom shockwave, laserbehandling, akupunktur, massage og ultralydsscanning, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Ultralydsscanning dækkes dog i relevante tilfælde ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6 "Undersøgelse og behandling hos speciallæge".

- Bassintræning.

- Såler, indlæg, træningsudstyr, bandager, tape med mere.

- Kostplan ved behandling hos en diætist.

- Skader opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, hvor du modtager betaling fra sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten drives som hovederhverv.

- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin, lattergas, opløsningsmidler eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.

- Sygdom/skade, gener, infektioner og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser, olieinjektioner, anabolske steroider, doping og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen. Udskiftning af proteser og implantater, der kan foretages i det offentlige.

- Undersøgelse/behandling, der er eksperimentel, ikke er medicinsk begrundet eller ikke har dokumenteret effekt.

- Vækstfaktor- og orthokine-behandling, cryoneurolyse, PRF-behandling, PRP-behandling, HVI, hyaluronsyre (injektioner), Modic-forandringer og behandlinger, der kan sidestilles hermed.

- Udredning og behandling af langvarige og/eller kroniske smerteproblematikker på specialklinikker samt smertebehandling i forbindelse med kræftsygdom. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.

- Udredning og behandling på specialklinikker, f.eks. Modic-, hovedpine-, smerte-, søvn-, hoste- eller hukommelsesklinik og lignende specialklinikker.

- Fysioterapi og kiropraktik i forbindelse med astma- og allergilidelser, søvnløshed, hjerte-karlidelser, forhøjet blodtryk, Parkinsons sygdom, epilepsi, hukommelsessygdomme, diagnosticerede hovedpinesygdomme, kæbespændinger og kæbeproblematikker. Forsikringen dækker fagligt begrundet behandling af spændingshovedpine forårsaget af nakke-, skulder- eller ryg-spændinger.

- Fysioterapi til sygdom/skade/lidelse/diagnose, hvor behandlingen er dækket under ordningen om vederlagsfri fysioterapi.

- Kompliceret kirurgi på skjoldbruskkirtel og biskjoldbruskkirtler, udskiftning af proteser og lignende.

- Private udgifter, herunder udgifter til hotelophold og til ledsager, private udgifter under indlæggelse eller lignende samt udgifter til tolkebistand.

- Udrednings- og behandlingsforløb samt sygdomme, skader og lidelser, som vi vurderer som værende af høj kompleksitet og/eller højt specialiseret, og som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Dette gælder også sjældent forekommende og komplicerede sygdomsforløb, som kræver tilstedeværelse af flere tværfaglige funktioner/specialister eller flerfaglighed eller kræver særlige kirurgiske kompetencer. Det kan f.eks. være ved sygdomsbilleder med samtidig forekomst af eller mistanke om flere lidelser eller ved udredning og behandling, som ifølge Sundhedsstyrelsens specialeplan (eller retningslinjer) skal varetages af en højt specialiseret funktion. Det omfatter bl.a. komplicerede rekonstruktioner, amputationer, transplantationer, organdonation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperationer, protonterapi samt behandling med stamceller.

- Skade/sygdom, der skyldes krig eller krigslignende handlinger og tilstande, herunder krigsdeltagelse, borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald og lignende.

- Tilfælde af force majeure, der medfører begrænset kapacitet, herunder skade/sygdom og behov for behandling, der f.eks. skyldes samfundsmæssige handlinger, generalstrejke, naturkatastrofer, problemer med infrastruktur, it-nedbrud, hackerangreb, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, epidemier, pandemier samt virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme og behov for behandling, der skyldes epidemier, pandemier og vacciner.

7. Generelle bestemmelser

7.1 Forsikringssum

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

7.2 Opsigelse og ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, 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. lægehenvisning.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

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

7.3 Oplysningspligt

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

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

Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke.

Oplysningerne vedrører både perioden før og perioden efter forsikringens ikrafttrædelse.

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

Dobbeltforsikring

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

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

7.4 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 indtegning, anmeldelse af skade og brug af vores digitale platforme, f.eks. CPR-nr., telefonnummer, e-mailadresse, medlemskab af Sygeforsikringen "danmark", branche, beskæftigelse, civilstatus og eventuelle helbredsoplysninger. Disse oplysninger anvendes til at oprette og administrere forsikringen til brug ved skadesanmeldelse og i den løbende sagsbehandling for at sikre bedst mulig service og som led i salgsstyring, produktudvikling, kvalitetssikring, rådgivning og fastlæggelse af generel brugeradfærd.

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt, og i henhold til gældende lovgivning. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger.

På vores hjemmeside kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger. Vi videregiver i visse tilfælde personoplysninger om dig til de leverandører, som vi samarbejder med.

7.5 Behandling af helbredsoplysninger

Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet og offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringsselskaber, pensionsselskaber og sundhed.dk.

Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

7.6 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.

7.7 Forældelse

Aftalen følger de normale regler for forældelse i forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

7.8 Klagemuligheder

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

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

Klagen skal indeholde dit navn og din adresse samt en kort redegørelse for, hvorfor du er uenig i eller utilfreds med vores afgørelse.

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.

7.9 Hvis du vil vide mere

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

Du kan finde mere information på vores hjemmeside, hvor du også kan finde vores telefonnummer og anmelde din skade online.