

DANSK

SUNDHEDS
SIKRING



Sundhedsordning

Betingelser

Industriens Pension

1 Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2023.

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

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

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

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

Forsikringstager dækker i betingelserne over den person, den virksomhed eller den organisation, som har indgået aftalen med Dansk Sundhedssikring, ofte benævnt vi/os.

Forsikrede dækker i betingelserne over de medarbejdere eller medlemmer, som er omfattet af forsikringen, ofte benævnt du/dig/din.

1.1 Hvornår gælder forsikringen

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

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

2. Hvem er dækket af forsikringen

Forsikringen kan tegnes af virksomheder, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og virksomheden skal være beliggende i Danmark, medmindre andet fremgår af aftalen.

Forsikringen omfatter de medarbejdere/personer, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen. Forsikringen kan tegnes til medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere, som en obligatorisk ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse.

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser eller være grænsegængere fra Sverige, Norge eller Tyskland.

Udstationerede og eventuelle medforsikrede, der udstationeres sammen med medarbejderen, er kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark. Afvigelser fra dette vil fremgå af aftalen med virksomheden.

2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

Industriens Pension giver løbende Dansk Sundhedssikring besked om til- eller afmeldinger til forsikringen, så vi har en opdateret liste over dem, som er omfattet af ordningen. Til- og afmelding sker via månedsfil på det totale antal tilmeldte. Filen sendes hver måned inden den 20. til Dansk Sundhedssikring på Excel eller lignende. Filen sendes på et SFTP-site angivet af og i et format specificeret af Dansk Sundhedssikring.

3. Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker behandling i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne).

4. Brug af forsikringen

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

4.1 Behandling skal godkendes

Vi skal altid godkende behandling inden den påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig godkendelse, da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

4.2 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling og akutte situationer er ikke dækket af sundhedsordningen, herunder behandling, som kræver hurtig assistance og som ikke kan afvente planlagt behandling, f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde og knoglebrud. Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, Lægevagten, Akuttelefonen eller 112. Sundhedsordningen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.

4.3 Rejser og udenlandsophold

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

4.4 Udeblivelse fra behandling

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

4.5 Igangværende og planlagt behandling

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke.

4.6 Udgifter til behandlinger

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

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

4.7 Valg af behandler

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

Behandlingen skal foregå i Danmark, og valg af behandler/behandlingssted skal være efter aftale med os. Der dækkes behandling i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg. Psykologbehandling dækkes kun i vores netværk. Ved behandling i vores netværk tilbydes du normalt en tid inden for maksimalt 4-5 hverdage.

Alle behandlinger skal være udført af sundhedsfaglige behandlere autoriseret efter dansk ret, medmindre andet følger af den enkelte dækning. Behandlingerne skal være udført af en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor, som har autorisation fra Sundhedsstyrelsen, af RAB-godkendt zoneterapeut eller ved en registreret fysiurgisk massør.

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

4.8 Anmeldelse af skade

Anmeldelse af sygdom/skade skal altid ske i forsikringstiden. Du skal ved anmeldelse af skade altid informere os om, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden.

Den hurtigste måde at anmelde en skade er ved at anmelde den online via vores hjemmeside ds-sundhed.dk. Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde dag til dag. Anmeldelse kan også ske telefonisk. Hvis du har spørgsmål til din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via Mit DSS på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Akut krisehjælp

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

5. Dækning på sundhedsordningen

Dette afsnit indeholder dækningerne på sundhedsordningen, som sammen med de samlede øvrige betingelser gælder for produkterne under sundhedsordningen. Sundhedsordningen dækker lægeligt begrundet behandling. Sundhedsteamet vurderer om du skal have en skriftlig lægehenvielse eller anbefaling.

Sundhedsordningen dækker fysiske behandlinger for gener i bevægeapparatet inden for:

- Fysioterapi
- Kiropraktor
- Zoneterapi
- Akupunktur
- Massage

Sundhedsordningen dækker desuden:

- Sundhedsfaglig rådgivning om sundhed og sygdom
- Misbrugsrådgivning
- Psykologhjælp
- Akut krisehjælp
- Diætistbehandling
- Genoptræning
- Hurtig udredning
- Online læge
- Digital forebyggende platform FIDIMI som tillæg til aftalen.

De enkelte dækninger er nærmere beskrevet i de følgende afsnit.

5.1 Behandling af lidelser i bevægeapparatet

Sundhedsordningen dækker nyopståede og eksisterende smerter og gener i bevægeapparatet, herunder arm- og bensmerter, iskias samt hovedpine som følge af lidelser i bevægeapparatet. Ved bevægeapparatet forstås led, muskler og sener i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofter, albuer og håndled.

Vores sundhedsteam bestående af erfarne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter og andet sundhedsfagligt personale behandler alle anmeldelser og vurderer, hvilken behandlingsform der skal anvendes. Der dækkes én behandlingsform ad gangen. Hvis det er nødvendigt, kan du få en kombination af flere behandlingsformer.

Hvis sundhedsteamet vurderer, at skaden er akut, behandles anmeldelsen så vidt muligt inden for 24 timer.

Hvis sundhedsteamet vurderer, at behandlingsbehovet er akut, så igangsættes behandling så vidt muligt inden for 24 timer på hverdage.

Hvis du inden for 12 måneder har fået 15 behandlinger for den samme skade, skal du kontakte din egen læge, som skal vurdere om du får den rigtige behandling og om behandlingen skal fortsætte. Vi kan bede om en skriftlig henvisning eller anbefaling fra din læge. Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer er nødvendige for at anslå, om skaden er dækket af forsikringen, og om behandlingen har den ønskede effekt.

Ved behandling hos fysioterapeut, kiropraktor og fysiurgisk massør, kan vi henvise til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Behandlingen i netværk er behovsbestemt. Hvis man selv ønsker at finde en behandler, dækkes der op til 10 årlige behandlinger pr. behandlingsform. Ved behandling hos zoneterapeut og akupunktør, finder man selv en behandler og der dækkes op til 10 årlige behandlinger pr. behandlingsform.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Ved behandling hos fysioterapeut, kiropraktor og fysiurgisk massør, kan vi henvise til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Sundhedsordningen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Behandleren fastsætter forløbet. Du tilbydes en hurtig tid inden for maksimalt 4-5 hverdage hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Ved behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, fysiurgisk massør, akupunktør og zoneterapeut, dækker sundhedsordningen op til 10 årlige behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform. Du kan selv vælge, hvilken behandler, der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

Sundhedsordningen dækker dine faktiske udgifter til behandlingen. Har du en henvisning til fysioterapi og anvender en behandler med overenskomst med sygesikringen (ydernummer), dækker vi din egenbetaling efter tilskud fra sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker vi behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster. For kiropraktik dækker vi maksimalt beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik. For zoneterapi og akupunktur kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling og for fysiurgisk massage maksimalt 300 kr. pr. behandling (30 minutter).

Hvis der ikke er en passende netværksklinik inden for 20 kilometer fra din bopæl eller din arbejdsplads, hjælper vi dig gerne med at finde en behandler uden for vores netværk, der ligger tættere på. Der vil i dette tilfælde ikke være en grænse på 10 årlige behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform.

5.2 Sundhedsfaglig rådgivning om sundhed og sygdom

Vores sundhedsteam bestående af erfarne læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer, psykoterapeuter og andet sundhedsfagligt personale med mange års erfaring fra forskellige specialer, tilbyder telefonisk rådgivning om sundhed og sygdom. Der tilbydes telefonisk sygeplejerske- eller lægekonsultation til alle helbredsproblemer.

Hvis du står over for en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed omkring en diagnose eller behandlingsform, så tilbyder vi telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om diagnosen (third opinion).

5.3 Guide til det offentlige sundhedsvæsens behandlingstilbud

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbydes telefonisk vejledning om det offentlige sundhedssystemes behandlingstilbud, herunder muligheder, patientrettigheder, klageprocedurer, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg og udrednings- og behandlingsgarantier. Sundhedsteamet hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, tidsbestilling og hjælp til at finde relevante offentlige behandlingstilbud eller anden assistance, hvis du har brug for det.

5.4 Misbrugsrådgivning

Hvis du har et misbrug af f.eks. alkohol, medicin eller stoffer, kan du ringe til vores sundhedsteam og få rådgivning. Sundhedsteamet kan også vejlede dig om offentlige behandlingstilbud.

5.5 Telefonisk psykologhjælp

Sundhedsordningen tilbyder telefonisk individuel rådgivning om problemer opstået i fritiden eller på grund af dit arbejde ved psykologer og psykoterapeuter med særlig ekspertise inden for f.eks. stress, trivsel, afskedigelse, mobning og konflikter på arbejdspladsen. Vi henviser til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Ordningen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering.

Psykologbehandling dækkes som udgangspunkt ved telefonisk rådgivning. Der er mulighed for personlige samtaler hos en psykolog i de tilfælde, hvor netværkets psykologansvarlige på baggrund af den telefoniske konsultation vurderer, at du skal visiteres hertil. Der tildeles maksimalt 5 konsultationer pr. sag. Yderligere konsultationer skal visiteres af netværkets psykologansvarlige.

Psykologhjælp dækkes primært til stress og udbrændthed, mobning og chikane, vold og trusler, ulykker, afskedigelser og omstruktureringer (dog ikke masseafskedigelser), konflikter, dødsfald, alvorlig sygdom, skilsmisse (dog ikke parterapi) og følelsesmæssige problemer som angst og depression. Der dækkes ikke psykologhjælp til alvorlige psykiske lidelser som bipolar lidelse, PTSD, psykoser, skizofreni, spiseforstyrrelser, ADHD, Tourette, Aspergers, OCD og lignende.

5.6 Akut krisehjælp

Sundhedsordningen tilbyder akut krisehjælp, hvis du har fået en akut psykisk krise, fordi der for eksempel er sket en arbejdsulykke eller anden alvorlig hændelse, hvor du eller dine nærmeste har været i alvorlig fare. Anmeldelse skal ske telefonisk til sundhedsteamet. Hvis vi vurderer, at du har brug for akut krisehjælp, vil der blive etableret telefonisk kontakt med en krisepsykolog i vores netværk inden for 3 timer, efter anmeldelsen er godkendt. I andre tilfælde kan vi henvise dig til almindelig psykologhjælp, jf. punkt 5.5 "Telefonisk psykologhjælp".

5.7 Diætistbehandling

Sundhedsordningen dækker op til 10 årlige behandlinger pr. kalenderår hos en autoriseret klinisk diætist. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

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

Hvis der efter ordningen er trådt i kraft diagnosticeres diabetes, forhøjet kolesterol, hjertekarsygdom, tarmlidelse, urinsyreigt, cøliaki eller PCO/PCOS, kan der dækkes ét forløb (maksimalt 10 behandlinger) i forsikringstiden. Forsikringen dækker ikke diætistbehandling til ønske om graviditet, amning, undervægt, sportsernæring, fødevareallergi, intolerance og lignende tilstande samt til psykiske lidelser, herunder stress, depression, spiseforstyrrelser og overspisning. Forsikringen dækker lægehenvist diætistbehandling ved svær overvægt under graviditet og behandlingskrævende efterfødselsvægt (BMI over 30).

Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion. Sundhedsordningen dækker dine faktiske udgifter til behandlingen. For diætist kan der maksimalt dækkes 900 kr. for første behandling og maksimalt 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

5.8 Hurtig udredning

Sundhedsordningen dækker rimelige undersøgelser udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik, som vi vurderer er nødvendige for at stille en diagnose. Udredningen kan finde sted efter skriftlig henvisning fra egen læge. Der dækkes relevante undersøgelser ved speciallæge indtil der er stillet en diagnose, f.eks. eventuel billeddiagnostiske undersøgelser, laboratorieprøver mv.

Hvis udredningen fører til, at der ikke kan stilles en diagnose, afsluttes udredningsforløbet, når DSS sundhedsfagligt vurderer, at alle undersøgelser er gennemført. Det efterfølgende behandlingsforløb skal finde sted i offentligt regi.

Sundhedsordningen dækker i relevante tilfælde udgifter til én terapeutisk blokadebehandling udført af relevant speciallæge anvist af os i de tilfælde, hvor vi vurderer, at blokadebehandlingen væsentligt og varigt kan reducere lidelsen.

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

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, kan vi i stedet henvise dig til udredning på et privathospital eller en privat klinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi anviser til. I de tilfælde, hvor ventetiden i det private sundhedsvæsen er på samme niveau som i det offentlige, kan vi vælge, at det offentlige tilbud skal benyttes.

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

Hudlidelser

Sundhedsordningen dækker rimelige undersøgelser udført af hudlæge på hospital eller klinik, som vi vurderer er nødvendige for at stille en diagnose. Udredningen kan finde sted efter skriftlig henvisning fra egen læge. Sundhedsordningen dækker kun udredning af hudlidelser, som vi vurderer påvirker din helbredstilstand. Udredning af hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske dækkes ikke. Der dækkes ikke udredning af tilbagevendende hudlidelser eller ved tilbagefald, f.eks. andre steder på kroppen.

Det efterfølgende behandlingsforløb skal finde sted i offentligt regi. Sundhedsordningen dækker i relevante tilfælde fjernelse af malignt suspekte modermærker, som en del af udredningsforløbet.

Kræft

Sundhedsordningen dækker udredning af kræftsygdom. Hvis ventetiden for udredning i det offentlige sundhedsvæsen er på samme niveau som i det private, skal det offentlige tilbud altid benyttes. Ved kræftsygdomme, som indgår som et samlet pakkeforløb i det offentlige, skal det offentlige tilbud altid aktiveres og benyttes.

Udredningsgarantien dækker ikke:

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

Hvis udredningen fører til, at der ikke kan stilles en diagnose, afsluttes udredningsforløbet, når vi sundhedsfagligt vurderer, at alle relevante undersøgelser er gennemført. Sundhedsordningen dækker ikke yderligere udredning/diagnose af sygdomssymptomer, hvor vi tidligere har dækket udredning af samme lidelse/skade.

5.9 Genoptræning ved fysioterapeut

Sundhedsordningen dækker ambulantly genoptræning hos fysioterapeut i op til 2 måneder til lidelser i bevægeapparatet, når speciallægen har ordineret dette i afslutningen af udredningen, eller efter en operation i bevægeapparatet gennemgået i det offentlige sundhedsvæsen.

Genoptræningen skal være lægehenvist og du skal anvende en behandler, der er overenskomst med sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket genoptræningsforløb og godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt. Genoptræning kan også dækkes i vores kvalitetssikrede netværk. Der dækkes ikke rekreations- og behandlingsophold.

5.10 Online lægevagt

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

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

Du kan f.eks. få hjælp til mellemørebetændelse, bihulebetændelse, øjenbetændelse, forkølelse og influenza, hovedpine og migræne, muskel- og ledsmerter, astma, allergi, sår, hududslæt og eksem, opkast og diarré, urinvejsinfektion, søvnproblemer, psykiske lidelser, prævention, graviditet og amning og syge børn med

feber. Ved akut opstået sygdom eller akut forværring af eksisterende sygdom, bør du straks kontakte lægevagten/1813 eller 112.

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

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

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

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

Lægevagten kan ikke svare på spørgsmål til sundhedsforsikringen, ligesom der ikke kan laves private henvisninger/anbefalinger til speciallægepraksis, psykologbehandling, fysioterapi mv. Der dækkes ikke konsultationer hos privat lægevagt uden for vores netværk.

Sådan anvender du lægetjenesten

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

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

6 Hvad sundhedsordningen ikke dækker

- Akut behandling.
- Udgifter til journaler, attester, psykologiske- og kognitive tests og lignende.
- Udgifter til lægehenvvisninger, lægeanbefalinger, lægeerklæringer og speciallægeerklæringer.
- Udgifter til behandling uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg).
- Udgifter til indlæg, såler, måtter, sportstape, bandager og lignende.
- Udgifter til tillægsydelser som f.eks. shockwave, laserbehandling, ultralyd og akupunktur.
- Udgifter til hjælpemidler.
- Scannings- og røntgenudgifter (dækkes dog ved hurtig udredning).
- Transport- og rejseudgifter.
- Behandlinger udført af dig, familiemedlemmer, kollegaer eller en virksomhed, der tilhører en af disse.
- Gebyrer ved manglende eller for sent afbud til behandlinger.
- Omkostninger som skyldes, at du udebliver fra behandling.
- Gener opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport (sportsudøvelse, hvor du kontraktmæssigt aflønnes af sportsklub eller sponsorer, hvor hovedindtægten kommer fra sporten).
- Udgifter til skader fremkaldt ved fortsæt eller ved grov uagtsomhed.
- Udgifter til skader opstået ved strafbare handlinger.
- Eksperimentel behandling.
- Behandling med botox og Xiapex.
- Konsultationer og udredning ved praktiserende læge og speciallæge i almen medicin.

- Udredning af kroniske lidelser, herunder kroniske hudlidelser, som er opstået inden forsikringen trådte i kraft. Udredning af følgelidelser til kroniske sygdomme er dækket.
- Udredning af kosmetiske problemer, herunder kosmetiske hudlidelser, f.eks. godartede modernærker og pletter, akne, eksem samt alle former for vorter, solskader i huden, aktinisk og seborroisk keratose og hudlidelser, der kan sidestilles hermed. Hudkræft (basalcellekræft) dækkes til der er stillet en diagnose.
- Udredning af alle former for tandproblemer.
- Udredning og behandling af fertilitet og barnløshed. Scanninger og undersøgelser ved graviditet og fødsel.
- Udredning af søvnproblemer, søvnforstyrrelser, søvnapnø og lignende.
- Udredning i forbindelse med nedsat syn og nedsat hørelse, herunder skelen, samsynsproblemer, behov for briller, kontaktlinser, synstest, høreapparater og høreprøver.
- Udredning af analfissur, analfistel og pilonidalcyster.
- Udredning og behandling af fobier, f.eks. tandlægeskræk, flyveskræk og eksamensangst. Socialfobi.
- Udredning for ludomani/spilafhængighed
- Psykologhjælp til alvorlige psykiske lidelser som bipolar lidelse, PTSD, psykoser, skizofreni, spiseforstyrrelser, ADHD, Tourette, Aspergers, OCD og lignende.
- Udredning af kønssygdomme, seksuel og erektil dysfunktion, impotens, HIV/AIDS samt forstadier og følgesygdomme heraf.
- Udredning af gener, infektion og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser og lignende.
- Udredning, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret.
- Udredning og behandling af skader/sygdomme, der skyldes krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald, epidemier og pandemier.

7 Generelle bestemmelser

7.1 Forsikringens varighed

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

7.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 1000.000 kr. pr. person pr. år. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter.

7.3 Betaling af forsikringen

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

Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked. Vi har ret til at få dækket eventuelle udgifter til porto. Opkrævning for medforsikrede sendes direkte til medarbejderen, medmindre andet fremgår af aftalen. Sammen med betalingen opkræver vi eventuelle gebyrer, herunder udgifter til porto, der dækker vores ekspeditionsomkostninger ved betalingen. Vi opkræver også eventuelle afgifter til staten. Sidste rettidige betalingsdag fremgår af opkrævningen.

Manglende betaling

Hvis forsikringen ikke betales, senest sidste rettidige betalingsdag, så sender vi en rykkerskrivelse med betalingsfrist senest 10 dage, efter at rykkerskrivelsen er sendt. Vi har ret til at opkræve et rykkergebyr. Hvis forsikringen ikke betales, senest 10 dage efter at rykkerskrivelsen er sendt, så sender vi en påmindelse med oplysning om, at forsikringsdækningen ophører, hvis forsikringen samt rykkergebyret ikke er betalt,

senest 21 dage efter at påmindelsen er sendt. Såfremt dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter de gældende regler, jf. punkt 7.5 "Opsigelse og ophør af forsikringen".

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Prisen er fast i tre år og indeksreguleres kun i perioden. Prisen kan herefter reguleres én gang årligt.

Præmien reguleres i forhold til andelen af unikke brugere. Der udarbejdes en årsopgørelse af det faktiske antal forsikrede kontra det antal, der bliver betalt for. En eventuel difference krediteres eller debiteres til forsikringstager. Ændringer i prisen følger aftalen

Indeksreguleringen sker en gang årligt i henhold til ændringer i nettoprisindekset (Danmarks Statistik).

Præmiereguleringen er ikke begrænset til ændring i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Sker dette, kan du vælge at opsigte aftalen skriftligt senest løbende måned plus en måned efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

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

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

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsigte aftalen senest 14 dage efter modtagelsen af meddelelsen om de varslede ændringer. Derefter bliver forsikringen annulleret på ændringsdagen. Opsiges aftalen ikke skriftligt, så fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller pris. fra offentlig side betragtes ikke som ændring af forsikringsbetingelserne eller prisen og vil ikke blive varslet.

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

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

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer som er tegnet for et år ad gangen bliver automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen, medmindre forsikringen opsiges af forsikringstager eller af Dansk Sundhedssikring. Medmindre andet er aftalt, indgår der en årspolice med årlig opgørelse af debitering eller kreditering.

Forsikringstager kan opsigte forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned.

Dansk Sundhedssikring kan opsigte forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned.

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

Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem virksomheden og Industriens Pension ophører.

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

Såfremt dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter de gældende regler.

Dækning efter ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, så mister du retten til dækning. Dette gælder også allerede anmeldte og godkendte skader, som kræver behandling efter forsikringens ophør. Der kan ikke anmeldes nye skader.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for behandlinger skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandlingsdato for at være berettiget til refusion. Der dækkes kun udgifter til behandlinger udført i forsikringstiden.

7.6 Oplysningspligt

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

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

Ved anmeldelse af skade skal du altid informere os, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden. Forsikringen dækker ingen udgifter til behandlinger efter forsikringens ophør. Det gælder også allerede anmeldte og godkendte skader, som kræver behandling efter ophørsdatoen. Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til behandlinger modtaget efter ophørsdatoen for forsikringen.

Dobbeltforsikring

Hvis der sker ændringer i forsikringens risikoforhold, herunder dobbeltforsikring, skal vi straks have besked herom, da vi ellers kan begrænse dækningen eller helt afvise at dække skaden.

Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette i forbindelse med, at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidær, og den anden dækning skal derfor anvendes først. Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

7.7 Behandling af personoplysninger

Vi behandler dine personoplysninger fortroligt og i overensstemmelse med gældende lovgivning. Når du tegner en forsikring hos os, indhenter vi en række oplysninger i forbindelse med 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 ds-sundhed.dk, kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger.

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

7.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Hvis du ønsker at indtræde i ordningen efter tidligere at have givet en afkaldserklæring, kan vi dog kræve, at du afgiver nødvendige helbredsoplysninger. Ved anmeldelse af en sygdom/skade, accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet, offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsskadestyrelsen, forsikringsselskaber, pensionselskaber, Sundhed.dk mv. Oplysninger indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

Helbredsoplysninger anvendes alene i forbindelse med behandling af anmeldt sygdom/skade og behandles altid i overensstemmelse med Sundhedslovens krav om tavshedspligt (Sundhedslovens § 40: "en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger"). Videregivelse af helbredsoplysninger sker alene i forbindelse med undersøgelse/behandling af den anmeldte lidelse/skade i overensstemmelse med Sundhedslovens § 41 om videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling af patienter.

7.9 Urigtige oplysninger

Forsikringen forudsætter korrekte oplysninger. Hvis du ved forsikringens oprettelse eller på et senere tidspunkt afgiver urigtige oplysninger, eller fortier oplysninger, kan dækningen helt eller delvist bortfalde.

7.10 Forældelse

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

7.11 Klagemuligheder

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

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

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

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

Lovvalg

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

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

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

7.12 Hvis du vil vide mere

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

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