

Betingelser

Sundhedsordning Heltid

Industriens Pension

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	4
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	5
2	Hvem er dækket af forsikringen?	5
2.1	Til- og afmelding af medarbejdere	5
3.	Hvor dækker forsikringen?	5
4.	Brug af forsikringen	6
4.1	Behandling skal godkendes	6
4.2	Akut behandling er ikke dækket	6
4.3	Rejser og udlandsophold	6
4.4	Udeblivelse fra behandling	6
4.5	Igangværende og planlagt behandling	6
4.6	Udgifter til behandling	6
4.7	Valg af behandler og behandlingsmetode	7
4.8	Anmeldelse af skade	8
5.	Dækninger på sundhedsordningen	9
5.1	Behandling af gener og lidelser i bevægeapparatet	10
5.2	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	13
5.3	Graviditetsrådgivning	14
5.4	Digital ADHD-/ADD-vejledning	14
5.5	Telefonisk psykologhjælp	14
5.6	Akut krisehjælp	15
5.7	Diætist	15
5.8	Hurtig udredning	16
5.9	Genoptræning ved fysioterapeut	18
5.10	Online lægevagt	19

6.	Hvad forsikringen ikke dækker	21
7.	Generelle bestemmelser	24
7.1	Forsikringens varighed	24
7.2	Forsikringssum	24
7.3	Betaling af forsikringen	24
7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	25
7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	25
7.6	Oplysningspligt	26
7.7	Behandling af personoplysninger	26
7.8	Behandling af helbredsoplysninger	27
7.9	Urigtige oplysninger	27
7.10	Forældelse	27
7.11	Klagemuligheder	27
7.12	Hvis du vil vide mere	28

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2025.

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

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

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

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

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

Definition og ordforklaring af begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

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

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

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

Forsikrede

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

Bevægeapparatet

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

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.

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 Hvornår gælder forsikringen?

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

2. Hvem er dækket af forsikringen?

Sundhedsordningen kan tegnes af virksomheder, foreninger eller organisationer, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og som er beliggende i Danmark.

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

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

2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

Industriens Pension skal løbende give Dansk Sundhedssikring besked om, hvilke medarbejdere der ønskes til- eller afmeldt forsikringen, så vi har en opdateret liste over personer omfattet af ordningen. Til- og afmelding sker via en månedsfil med det totale antal tilmeldte. Filen oprettes i Excel eller lignende og sendes hver måned inden den 20. til Dansk Sundhedssikring. Filen sendes via et SFTP-site angivet af og i et format specificeret af Dansk Sundhedssikring.

3. Hvor dækker forsikringen?

Forsikringen dækker behandling i Danmark. Behandling i Grønland eller på Færøerne er aldrig dækket.

4. Brug af forsikringen

De samlede betingelser gælder for alle dækninger, men de nærmere regler og undtagelser er 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 al 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 af somatiske og psykiske tilstande og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder skader/lidelser, som kræver hurtig assistance og/eller behandling, og som ikke kan vente på planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, hjernerystelse, faldtraumer, knoglebrud, blodpropper/mistanke om blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom, lammelser, akutte føleforstyrrelser, akut tab af synet og lignende.

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

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6 "Akut krisehjælp".

Forsikringen dækker i relevante tilfælde udgifter til akutte skader i bevægeapparatet ud fra bestemmelserne i afsnit 5.1 "Behandling af gener og lidelser i bevægeapparatet".

4.3 Rejser og udlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til 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.

4.4 Udeblivelse fra behandling

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

4.5 Igangværende og planlagt behandling

Undersøgelser og behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke.

4.6 Udgifter til behandling

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

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter til behandling, efter at tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrasket. 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 ikke passede dig, uanset årsagen.

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

4.7 Valg af behandler og behandlingsmetode

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 behandling der er behov for.

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os. Der dækkes behandling i Danmark.

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.

Aldersgrænsen for telefonisk og online behandling er 15 år.

Ved fysioterapi, kiropraktik, fysiurgisk massage og psykologbehandling kan vi tilbyde behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk. For børn gælder, at der kun kan tilbydes behandling i netværket hos de behandlere, der tilbyder behandling til børn. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler. Psykologbehandling tilbydes kun i vores netværk. 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 hos speciallæge vil første undersøgelse igangsættes inden for 10 hverdage i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen. Vi anviser behandler/behandlingssted.

Behandlingen skal efter vores vurdering være rimelig og nødvendig i forhold til det forventede resultat.

Behandlinger af rent forebyggende karakter er ikke dækket.

Alle behandlinger skal være udført af sundhedsfaglige behandlere autoriseret efter dansk ret, medmindre andet følger af den enkelte dækning. Behandlingerne skal være udført af RAB-godkendt zoneterapeut, akupunktør eller registreret fysiurgisk massør.

Der dækkes kun behandlinger, 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 alment praktiserende læger, speciallæger i almen medicin, specialklinikker, psykiatere 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.

4.8 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: ds-sundhed.dk. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

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

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 os 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. Dækninger på sundhedsordningen

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

Sundhedsfagligt 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, f.eks. ved vurdering af behandlingsbehov, behandlingsmetode, forebyggelse og nedbringelse af overbehandling.

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

Der dækkes lægeligt begrundet behandling. Sundhedsteamet vurderer, om du skal indsende en lægehenvielse eller en lægelig anbefaling.

Forsikringen dækker fysiske behandlinger for gener og lidelser i bevægeapparatet inden for:

- Fysioterapi
- Kiropraktik
- Zoneterapi
- Akupunktur
- Massage
- GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg.

Forsikringen dækker desuden:

- SundhedsNavigator
- Sundhedsrådgivning
- Misbrugsrådgivning
- Graviditetsrådgivning
- Digital ADHD-/ADD-vejledning
- Telefonisk psykologhjælp
- Akut krisehjælp
- Diætist
- Hurtig udredning
- Genoptræning
- Online lægehjælp.

Dækningerne er beskrevet i de følgende afsnit:

5.1 Behandling af gener og lidelser i bevægeapparatet

Allerede ved din første henvendelse til forsikringen kan sundhedsteamet tilbyde rådgivning om 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 erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter.

Fysioterapi, kiropraktik, fysiurgisk massage, zoneterapi og akupunktur

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling af nyopståede og eksisterende gener i bevægeapparatet relateret til fritidslivet eller dit arbejde, herunder arm- og bensmerter, iskias samt hovedpine som følge af lidelser i bevægeapparatet.

Vores sundhedsteam bestående af erfarne sygeplejersker, fysioterapeuter, læger 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.

Forsikringen dækker behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut, akupunktør eller fysiurgisk massør.

Akutte skader

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

Hvis sundhedsteamet vurderer, at behandlingsbehovet er akut, og skaden ikke kræver behandling på skadestuen, igangsættes behandling ved fysioterapeut eller kiropraktor 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 ud fra 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 fysioterapi, kiropraktik og fysiurgisk massage kan vi henvise til en behandler i vores kvalitets-sikrede netværk. Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du kan også selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Ved selvvalgt behandler dækker forsikringen maksimalt 10 årlige behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform – også i tilfælde af flere skader.

Ved zoneterapi og akupunktur finder du selv en behandler. Hvis du ønsker det, kan sundheds-teamet hjælpe med at finde en behandler. Der dækkes op til 10 årlige behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform – også i tilfælde af flere skader.

Refusion og tilskud

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter, efter at et eventuelt tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrasket. 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.

For fysioterapi dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster.

I de tilfælde, hvor vi vælger at dække holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

Hvis du har en lægehenvvisning, og behandleren arbejder 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.

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

For fysiurgisk massage dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 300 kr. pr. behandling (30 minutter).

For zoneterapi og akupunktur dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

Online fysioterapi og blended care

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 en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform. 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 hos en fysioterapeut, kiropraktor eller fysiurgisk massør pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Behandleren fastsætter forløbet. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik inden for maksimalt 5 hverdage, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, hos en selvvalgt fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut, akupunktør eller fysiurgisk massør, dog maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform – også i tilfælde af flere skader.

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, om der kan bevilges flere behandlinger.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

Hvis der ikke er en passende netværksklinik inden for 20 km 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.

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 vurderer, om du skal have en skriftlig lægehenviisning eller anbefaling.

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.

Hvis du har en lægehenviisning, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henviisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen.

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

5.2 SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning

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

Du tilbydes 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, graviditet, hjernerystelse, overgangsalder, kost, livsstilsændringer og behandlingsforløb samt rådgive om relevante tilbud til kræft-ramte, samtalegrupper, inspiration til mentale øvelser, kostvejledning og træning.

Vores erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter kan også rådgive om fysisk aktivitet og stille-siddende tid til unge, voksne, ældre og gravide, og hvordan fysisk aktivitet kan lindre mange symptomer, og give adgang til materialer, træningsvejledning, træningsvideoer og en evidens-baseret træningsapp.

Vi kan også henvise 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.

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, medicin, ludomani og købemani) eller om udfordringer ved at være pårørende til eller tæt på en med misbrugsproblemer. Misbrugsbehandling af enhver art er ikke dækket af forsikringen.

Sundhedsfaglig tovholder

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp til at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier.

Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, vejledning om transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

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 den personlige side Mit DSS. 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 Digital ADHD-/ADD-vejledning

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

5.5 Telefonisk psykologhjælp

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig individuel telefonisk psykologisk rådgivning og støttende samtaler i forbindelse med psykiske lidelser opstået pga. fritids- eller arbejdsrelaterede problemer hos psykologer eller psykoterapeuter med særlig ekspertise inden for f.eks. stress, trivsel, afskedigelse, mobning, konflikter på arbejdspladsen og private udfordringer.

Der dækkes primært psykologhjælp i forbindelse med 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 i forbindelse med alvorlige psykiske lidelser som bipolar lidelse, PTSD, psykoser, skizofreni, spiseforstyrrelser, ADHD, Tourettes syndrom, Aspergers syndrom, OCD og lignende, jf. bestemmelserne i afsnit 6 "Hvad forsikringen ikke dækker".

Behandling i vores kvalitetssikrede netværk

Vi henviser til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Der dækkes det nødvendige antal samtaler ud fra behandlerens faglige vurdering. Vi afregner direkte med behandleren.

Aldersgrænsen for telefonisk behandling er 15 år.

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 tildes maksimalt 5 konsultationer pr. sag. Yderligere konsultationer skal der visiteres til af netværkets psykologansvarlige.

5.6 Akut krisehjælp

Forsikringen dækker akut krisehjælp i vores behandlernetværk, hvis vi vurderer, at du har fået en akut psykisk krise, f.eks. hvis der er sket en arbejdsulykke, et overfald, et røveri eller en anden voldsom/traumatisk hændelse eller pludselig alvorlig hændelse/ulykke.

Der er ikke krav om lægehenviisning. Sundhedsteamet vurderer, om der er behov for akut krisehjælp, eller om du skal henvises til anden behandling, jf. afsnit 5.5 "Telefonisk psykologhjælp". Hvis vi vurderer, at du har brug for akut krisehjælp, vil vi finde en psykolog til dig i vores netværk.

Der vil være telefonisk kontakt med psykologen, inden for 3 timer efter anmeldelsen er godkendt. Det efterfølgende forløb vil være afhængigt af hændelsens karakter og behandlerens faglige vurdering.

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

Der dækkes ikke akut krisehjælp i udlandet.

5.7 Diætist

Forsikringen dækker behandling hos en autoriseret klinisk diætist. Der dækkes det antal nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår. Vi vurderer, om du eventuelt skal indsende en skriftlig lægeanbefaling.

Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger.

Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 900 kr. for første behandling og maksimalt 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

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

Vi kan også henvise til online diætistbehandling hos en aktør, som vi samarbejder med. Behandlingerne tildeles i portioner, og forsikringen dækker behandlerens takst. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Hvis der i forsikringstiden diagnosticeres diabetes, forhøjet kolesterol, hjerte-kar-sygdom, tarm-lidelse, urinsyregigt, cøliaki, endometriose, PCO/PCOS eller behandlingskrævende stofskiftesygdom, eller hvis der sundhedsfagligt vurderes behandlingskrævende undervægt, der udgør en risiko for dit helbred, kan der dækkes ét forløb (maksimalt 10 behandlinger) i forsikringstiden.

Forsikringen dækker ikke diætistbehandling ved ønske om graviditet, amning, undervægt, sportsernæring, fødevareallergi, intolerance og lignende tilstande samt ved psykiske lidelser – herunder stress, depression, spiseforstyrrelser og overspisning. Forsikringen dækker ud fra en faglig vurdering diætistbehandling ved svær overvægt under graviditet og behandlingskrævende efterfødselsvægt.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

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

5.8 Hurtig udredning

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og udredning af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik.

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose.

Der dækkes relevante undersøgelser ved speciallæge, indtil der er stillet en diagnose, f.eks. eventuelle billeddiagnostiske undersøgelser eller laboratorieprøver.

Lægehenvisning

Du skal altid have en gyldig henvisning fra din læge. Ultralydsscanninger, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henvisning.

10 dages undersøgelsesgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse/udredning sættes 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.

Er du allerede i et offentligt forløb, eller er du henvist til undersøgelse/udredning 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, skal det offentlige tilbud altid aktiveres og/eller benyttes.

Hvis du er i et igangværende længere udredningsforløb i det offentlige sundhedsvæsen, og/eller hvis vi vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen har de bedste muligheder for undersøgelse/udredning, 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 at undersøgelse/udredning i privat regi er den bedste løsning ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse 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.

Hvis udredningen fører til, at der ikke kan stilles en diagnose ud fra sygdomssymptomerne, afsluttes udredningen, når det sundhedsfagligt vurderes, at alle relevante undersøgelser er gennemført.

Forsikringen dækker ikke yderligere udredning af sygdomssymptomer, hvis vi tidligere har dækket udredning af samme lidelse/symptomer.

Det efterfølgende forløb skal finde sted i det offentlige sundhedsvæsen.

Udredningen afsluttes altid, hvis du udtræder af ordningen.

Undersøgelsesgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig eller har mulighed for at tilbyde dig en tid 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 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 på et senere tidspunkt end i perioden for undersøgelsesgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt at igangsætte undersøgelse 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 udredningsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- Hvis vi vurderer, at forløbet 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.

Blokadebehandling

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

Hudlidelser

Forsikringen dækker rimelige undersøgelser af hudlidelser ved speciallæge, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose.

Der dækkes udredning af hudlidelser, som vi vurderer, påvirker din helbredstilstand væsentligt. Hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, dækkes ikke, jf. afsnit 6 "Hvad forsikringen ikke dækker".

Forsikringen dækker i relevante tilfælde fjernelse af suspekter/maligne modermærker som en del af udredningsforløbet.

Det efterfølgende behandlingsforløb skal finde sted i offentligt regi.

Der dækkes ikke udredning af tilbagevendende hudlidelser eller ved tilbagefald, f.eks. andre steder på kroppen.

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

Hudkræft

Udredning af hudkræft (f.eks. basalcellekræft og pladecellekræft) dækkes, til der er stillet en diagnose.

Forsikringen dækker ikke udredning af tidligere kendt hudkræft, hvor der opleves forværring, eller i tilfælde af at sygdommen vender tilbage og kræver ny undersøgelse.

Allergiudredning

Forsikringen dækker udredning ved mistanke om 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 allergi eller allergi, hvor der opleves forværring.

Kræft

Forsikringen dækker udredning af kræftsygdomme. Hvis ventetiden for undersøgelse 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. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.

5.9 Genoptræning ved fysioterapeut

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig ambulant genoptræning i op til 2 måneder hos en fysioterapeut i direkte tilslutning til en udredning eller operation vedrørende bevægeapparatet foretaget i det offentlige sundhedsvæsen.

Genoptræningen skal være ordineret af behandlende speciallæge.

Genoptræningen har til formål at opnå selvtræningsniveau.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg. Behandlinger tildes 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 status og en genoptræningsplan eller en behandlingsplan fra din behandler.

Du skal have en gyldig lægehenviisning til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, 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.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

Ved behandling i vores netværk tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Der dækkes ikke rekreations- og behandlingsophold.

Forsikringen dækker ikke andre former for genoptræning.

5.10 Online lægevagt

Der dækkes nødvendige sundhedsfaglige konsultationer hos privat lægevagt for den samlede husstand, dvs. forsikrede, ægtefælle/samlever samt husstandens hjemmeboende børn under 24 år. Brug af tjenesten kræver dansk CPR-nr. eller et gyldigt erstatnings-CPR-nr., medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

Online lægevagt er et supplement til din praktiserende læge, hvor der tilbydes 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 eller 112.

I de tilfælde, hvor lægen vurderer, at der er behov for det, vil lægen henvise til egen læge, lægevagten eller et 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 eller 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 om sundhedsforsikringen, ligesom der ikke kan laves private henvisninger/anbefalinger til speciallægepraksis, psykologbehandling, fysioterapi m.v.

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

Sådan anvender du lægetjenesten

Lægevagten betjenes af erfarne læger på hverdage samt i weekender og på 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 1 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 på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

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 4.2 "Akut behandling er ikke dækket". Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6 "Akut krisehjælp".
- Behandlinger af rent forebyggende karakter.
- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger og lignende.
- Behandlinger, som du udebliver fra, eller gebyrer ved manglende rettidigt afbud.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg eller lignende tillæg, samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, akupunktur, massage, ultralydsscanning og lignende. Ultralydsscanning dækkes i relevante tilfælde ud fra bestemmelserne i afsnit 5.8 "Hurtig udredning".
- Hjælpemidler.
- Såler, indlæg, træningsudstyr, bandager, tape med mere.
- Kostplan ved behandling hos en diætist.
- Scanninger og røntgenundersøgelser (dækkes i relevante tilfælde ud fra bestemmelserne i afsnit 5.8 "Hurtig udredning").
- Bassintræning.
- Cryoneurolyse.
- Transport og rejser.
- Private udgifter.
- Medicin.
- Behandlinger med Botox eller Xiapex eller lignende.
- Udredning og behandling af svedtendens/hyperhidrose, herunder MiraDry og tilsvarende.
- Udredning af kroniske/varige sygdomme, herunder kroniske hudlidelser, der er opstået, inden forsikringen trådte i kraft. Forsikringen dækker udredning af følgelidelser til kroniske sygdomme.
- Udredning af hudlidelser, som vi vurderer, ikke påvirker helbredstilstanden væsentligt, og/eller som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, såsom godartede modernærker og pletter, lipomer, pigmentforandringer, akne, eksem og eksem-lignende hudforandringer, udslæt samt eksem/udslæt forårsaget af allergi, hårtab, alle former for vorter, neglesvamp, ligtorne, psoriasis, vitiligo, rosacea, solskader i huden, aktinisk og seboroisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed.

- Mohs' kirurgi og lignende behandlingstyper.
- Udredning/undersøgelse af alle former for symptomer på nedsat syn og indskrænket synsfelt, nær- og langsynethed, bygningsfejl, binokulært syn, samsynsproblemer, samsynstræning, synskorrigerende, øjentørhed, flydere og pletter for øjet, glaslegemeuklarhed, skelen, problemer med binokulært syn, vitrektomi, vitreolyse og AMD.
- Briller, kontaktlinser og/eller synstest, synsundersøgelse eller andre synskorrigerende behandlinger, synskorrigerende linser, linseudskiftning og hjælpemidler.
- Udredning/undersøgelse af alle former for symptomer på nedsat hørelse, herunder almindelig høreundersøgelse, høreprøver, høreapparat eller anden høreforbedrende behandling.
- Tandproblemer.
- Udredning for barnløshed og fertilitet samt følger heraf.
- Udredning af søvnproblemer, snorkeproblemer, søvnforstyrrelser, herunder søvnapnø og lignende.
- 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.
- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredskontroller og lignende.
- Udredning og behandling på specialklinikker, f.eks. Modic-, hovedpine-, smerte-, søvn-, hoste- eller hukommelsesklinik og lignende specialklinikker.
- Udredning af analfissur, analfistel, pilonidalcyster og hæmorider.
- Udredning og behandling ved psykiater.
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familieterapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter.
- Udredning og behandling af fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk, eksamensangst og socialfobi og tilstande, der kan sidestilles hermed.
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser og PTSD.
- Udredning og behandling af udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, ADHD/ADD og undertyper, ASF (og alle underliggende typer inden for autismspektret), demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser, OCD, panikangst og kønsdysfori.
- Udredning og behandling af spil og ludomani (afhængighed af pengespil).
- 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.

- Undersøgelse/udredning af seksuel og erektil dysfunktion og impotens.
- Undersøgelse, kontrol, scanning, fødselsforberedelse, privat jordemoder og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel (her henviser vi til de offentlige tilbud, og vi hjælper med rådgivning i den videre proces).
- Undersøgelse/udredning af gener, infektioner og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser, olieinjektioner, anabolske steroider, doping og lignende.
- Udredning af kosmetiske problemer.
- Udredning, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret, og som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen.
- 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.
- Skader, der direkte eller indirekte skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin, lattergas, opløsningsmidler eller andre rusmidler. Selvforskyldte skader fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Undersøgelse/behandling, der ikke er medicinsk begrundet eller har dokumenteret effekt.
- Skade/sygdom, der skyldes krig eller krigslignende handlinger og tilstande, herunder krigsdeltagelse, borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald og lignende.
- Skade/sygdom, der skyldes generalstrejke, naturkatastrofer, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme, der skyldes epidemier, pandemier og vacciner.
- Vækstfaktor- og orthokine-behandling, PRF-behandling, PRP-behandling, HVI, hyaluronsyre (injektioner), Modic-forandringer og behandlinger, der kan sidestilles hermed.
- Behandling af diagnosticerede hovedpinesygdomme, f.eks. migræne, Hortons hovedpine og posttraumatisk hovedpine.

7. Generelle bestemmelser

7.1 Forsikringens varighed

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

7.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 1.000.000 kr. pr. person pr. år. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter.

7.3 Betaling af forsikringen

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

Månedlig betaling

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

Rettidig betalingsdag

Beløbet bliver opkrævet med oplysning om sidste rettidige betalingsdag.

For sen betaling

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

For hvert rykkerbrev, vi sender, opkræver vi et gebyr. Gebyret fremgår af vores hjemmeside: ds-sundhed.dk. Vi har i øvrigt ret til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven samt ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso.

Gebyr for serviceydelser

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

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

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

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

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

Præmien reguleres i forhold til andelen af unikke brugere. Der udarbejdes en årsopgørelse over 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 én gang årligt i henhold til ændringer i nettoprisindekset eller lignende (Danmarks Statistik).

Præmiereguleringen er ikke begrænset til ændringer i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Reguleres præmien, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt, senest løbende måned plus 1 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 ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned, medmindre andet gælder for aftalen. Prisen vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

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

Opsiges aftalen ikke skriftligt, så fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller den ændrede pris.

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

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

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

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

Forsikringstager kan opsige forsikringen skriftligt med løbende måned plus 1 måned. Dansk Sundhedssikring kan opsige forsikringen skriftligt med løbende måned plus 1 måned. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan vi opsige 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 afgår ved døden, 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 ved 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 3 måneder efter forsikringens ophør. Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenvielse. Dette gælder i alle tilfælde – også hvis den samlede ordning ophører.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for godkendte behandlinger skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandlingsdato, for at du er berettiget til refusion.

7.6 Oplysningspligt

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

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

Når du fratræder din stilling

Du har pligt til at oplyse os om, hvis du er fratrådt eller fratræder virksomheden, ved anmeldelse af sygdom/skade, eller hvis du anmoder om behandling. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandlinger udført efter forsikringens ophør. Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til behandlinger modtaget efter forsikringens ophør.

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 indtegnelse, 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 afgivet en afkaldserklæring, kan vi dog kræve, at du afgiver nødvendige helbredsoplysninger. Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet og offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringsselskaber, pensionsselskaber og sundhed.dk. Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

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

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

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

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

Lovvalg

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

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

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

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