

DANSK

SUNDHEDS
SIKRING



Familie360 OK

Sundhedsfaglig rådgivning
og sundhedsnavigation ved
alvorlig sygdom

Privat version 1,0

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 01.03.2022.

Forsikringen er tegnet gennem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, CVR-nr. 34739307 – i det følgende benævnt Dansk Sundhedssikring A/S. Marsh & McLennan Agency A/S, CVR-nr. 34488797 og OK a.m.b.a., CVR-nr. 39170418, sidstnævnte herefter benævnt "OK", formidler forsikringen som forsikringsformidler for Dansk Sundhedssikring A/S.

Den samlede aftale om forsikring hos Dansk Sundhedssikring A/S omfatter 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 person, der står som forsikringstager i policen.

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

Definition af enkelte begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

Herved forstås Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, i betingelserne benævnt Dansk Sundhedssikring.

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

Den person, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede

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

1.1 Hvornår gælder forsikringen

Forsikringen gælder i forsikringstiden. Forsikringen træder i kraft den 1. i måneden efter forsikringens tegning, medmindre en anden ikrafttrædelsesdato er aftalt. Karensperioden begynder ved forsikringens ikrafttrædelse jfr. punkt 2.1 "Karensbestemmelser". Forsikringsdækningen gælder for én måned ad gangen og fornys automatisk hver måned medmindre forsikringen ophører af andre grunde.

1.2 Hvad dækker forsikringen

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

Forsikringen omfatter alene de, i betingelserne under pkt. 5.2, nærmere definerede sygdomme/lidelser.

2. Hvem er dækket af forsikringen

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

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

- dig selv
- din ægtefælle/samlever
- dine/din ægtefælle/samlevers biologiske børn, adoptivbørn eller børn, som du eller din ægtefælle/samlever er juridisk forælder for, uanset om de har folkeregisteradresse hos dig.
- din/dine biologiske, adoptiv, sted eller juridiske forældre uanset alder og din ægtefælle/samlevers biologiske, adoptiv, sted eller juridiske forældre uanset alder. Der kan maksimalt være indtegnet 4 forældrepersoner ad gangen.

De forsikrede skal være registreret på policen for at være dækket. Registreringen af de forsikrede kan ske på: <https://okforsikring.marshagency.dk/>

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

De forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort, og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse i sygehusregi. Udstationerede og eventuelle medforsikrede, der udstationeres sammen med den forsikrede, er kun dækket, hvis undersøgelse og behandling foretages på et offentligt sygehus i Danmark. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

2.1 Karensbestemmelser

Der er 6 måneders karens for eksisterende sygdomme, skader og lidelser. Det betyder, at man skal have været omfattet af denne forsikring i 6 måneder, før forsikringen kan dække sygdom/lidelser, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft. Sygdom/lidelse der opstår efter forsikringens ikrafttrædelse, dækkes ud fra de gældende forsikringsbetingelser.

3. Hvor dækker forsikringen

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

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

4. Brug af forsikringen

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

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

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

Der dækkes ikke tilbagefald af samme lidelse/sygdom eller følgelidelse heraf, udenfor dækningsperioden på op til de 24 måneder fra godkendelse af din oprindelige anmeldelse.

4.1 Henvisning til offentligt sygehus

For at kunne bruge forsikringen, skal du være henvist til et offentligt sygehus i Danmark med henblik på udredning, undersøgelse, behandling eller til et offentligt pakkeforløb vedr. en af de sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter. Vi skal bruge en kopi af din lægehenvisning inden forsikringshjælpen kan påbegyndes.

4.2 Anmeldelsen skal godkendes

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

4.3 Igangværende og planlagt undersøgelse/behandling

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

4.4 Assistance ved akut indlæggelse og akut behandling

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i vores åbningstid på hverdage. Bliver du, under dit dækningsforløb, indlagt akut og har behov for sundhedsfaglig rådgivning, kan du eller dine pårørende kontakte os på førstkommande hverdag. Alternativt kan du skrive til os via din skadessag, og vi vil ringe dig op på førstkommande hverdag.

Har du behov for akut assistance eller akut behandling, skal du eller dine pårørende rette henvendelse til din egen læge, lægevagt, Akuttelefonen, skadestue eller 112.

4.5 Sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation under udenlandsophold

Forsikringen dækker alene sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation vedr. dit offentlige sygehusforløb i Danmark. Forsikringen dækker ikke sundhedsfaglig rådgivning, sundhedsnavigation eller lægerådgivning, hvis du under dit forløb, befinder dig i udlandet, herunder også behandling eller rekreationsophold i udlandet, visiteret af det danske sundhedsvæsen.

4.6 Forlængelse af dækningsperiode ved udeblivelse fra sygehusaftaler og aflysning

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

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

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

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

4.7 Eksperimentel behandling eller behandling foretaget som led i indgåelse i forskningsprojekt

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

4.8 Anmeldelse af skadessag

Anmeldelse skal ske hurtigst muligt. Du kan anmelde sagen ved telefonisk henvendelse til os på alle hverdage i vores åbningstid på 70206121. Du finder vores åbningstid på vores hjemmeside www.ds-sundhed.dk. Anmeldelse kan også ske online på <https://mit.ds-sundhed.dk/#/login>. Anmeldte skader behandles hurtigt, og i de fleste tilfælde fra dag til dag. Anmelder du skaden online udenfor åbningstiden på hverdage, vil skaden tidligt blive behandlet førstkommande hverdag.

5. Hvad dækker forsikringen

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

5.1 Din kontaktsygeplejerske

Når din sagsanmeldelse er godkendt, vil du få tilknyttet en sundhedsfaglig rådgiver, en primær kontaktsygeplejerske, som vil være tilknyttet dig og din familie gennem dit offentlige sygehusforløb. Der tilstræbes, at din kontaktsygeplejerske vil være den samme under forløbet. I tilfælde af midlertidigt eller permanent fravær (eks. sygdom eller barsel), sikrer vi overlevering til en ny kontaktsygeplejerske.

Din kontaktsygeplejerske bistår dig og din familie med f.eks.

- Kontakt til sygehuset vedr. opfølgning på din indkaldelse, herunder sikring af overholdelse af gældende udrednings-/behandlingsgarantier.
- Forberede dig på mødet med sygehuset, undersøgelser og det videre behandlingsforløb.
- Deltage ved lægesamtaler via digitale platforme eller telefonen, og være din fagligt kompetente og uafhængige bisidder.

- Hjælpe med at gennemgå dine lægejournaler og undersøgelsesvar fra hospitalet.
- Lægefaglig rådgivning af forsikringens egne lægekonsulenter, herunder om de planlagte undersøgelser er tilstrækkelige, relevante og forventelige i relation til din sygdom eller lidelse.
- Klinisk rådgivning herunder medicinrådgivning.
- Bestille tider til behandling eller undersøgelse, i det omfang det offentlige sygehusvæsen tillader det.
- Være behjælpelig med at bestille transport eller anden assistance, hvis du får brug for det.
- Foretage omsorgsopkald til dig.
- Behjælpelig med at skabe kontakten til dit pensionsselskab, ulykkesforsikrings selskab og lignende.
- Kontakte kommunale instanser, hvis der er behov herfor.
- Bistå dig i overgangen mellem indlæggelse og udskrivelse.
- Socialrådgiverbistand.
- Psykologisk rådgivning om alvorlig sygdom, sorg/krise.
- Samtale om livets afslutning.

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

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

5.2 Sygdomme/lidelser som forsikringen omfatter

Forsikringen omfatter følgende 20 sygdomme/lidelser:

- **Kræftsygdomme, der hører under det offentlige sundhedsvæsens 'pakkeforløb'** – kræftpakkeforløbene sikrer ensrettet udredning og behandling, særligt tilrettelagt efter udvalgte kræftformer.
- **Alzheimers/demens** – fremadskridende hjernesygdom, som påvirker hukommelsen og evnen til at fungere.
- **Hjerneblødninger** – blødning i hjernen.
- **Blodprop**
- **Aneurismer** – udposning på pulsåre.
- **Hjertesvigt**
- **Forsnævring af kranspulsårer, som kræver bypass eller PCI, ballonudvidelse af kranspulsårer.**
- **AMI** – blodprop i hjertet.
- **Sklerose** – neurologisk lidelse, som angriber hjerne og rygmarg.
- **Hjerterytmeforstyrrelser, ICD** - hjerterytmeforstyrrelse, som kræver indopereret hjertestarter.
- **Nyresvigt** – tilstand, hvor nyrefunktionen er væsentlig nedsat eller ophørt.
- **Muskelsvind** – uheldelig muskelsygdom, hvor muskelvævet gradvist erstattes med bindevæv.
- **HIV/AIDS** – Virus som nedbryder immunforsvaret.
- **ALS** – Uheldelig sygdom, som rammer hjerne og rygmarg.
- **Lungeemboli** – blodprop i lungerne.
- **Parkinson** – sygdom, som ødelægger nerveceller i hjernen gradvist.
- **Total blindhed/døvhed** – tab af syn/hørelse.
- **Diabetes type 1** – sukkersyge af type 1, insulinkrævende diabetes.

- **Post-commotionelt syndrom** – langtidsfølger af mere end 24 måneders varighed efter hjernerystelse.
- **Whiplash-syndrom** – kronisk piskesmæld.

5.3 Følgelidelser, bivirkninger og tilbagefald

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

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

5.4 Medlemskab af patientforening

Hvis du under dit forløb via forsikringen, og i din udredning på sygehuset bliver diagnosticeret med en eller flere af de 20 sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter, vil forsikringen dække udgift til 1 medlemskab ved rette patientforening i op til 12 måneder. Dog maksimalt op til et vist rimeligt beløb fastsat og løbende reguleret af DSS pba. gældende takster for patientforeninger i Danmark og den generelle prisudvikling for disse. Beløbet vil fremgå af den betalingsgaranti, som vi udsteder. Dit 12 måneders medlemskab ved en patientforening har ingen indflydelse på dit forløb via forsikringen.

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse, behandling, transport, medicin eller lignende.

5.5 Rådgivning omkring mulighed for second opinion

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

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

6. Kommunikation mellem dig og din kontaktsygeplejerske

Kommunikationen med din kontaktsygeplejerske vil foregå primært som telefonsamtaler og e-mailkorrespondance via din profil på vores hjemmeside.

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

Sammen med din kontaktsygeplejerske aftaler I fra gang til gang, hvornår næste kontakt skal finde sted - og hvordan. Du har altid mulighed for at skrive til din kontaktsygeplejerske, som vil svare dig hurtigst muligt. Du kan også bede om et opkald ved enten at skrive eller kontakte vores Sundhedsteam på 70206121 inden for åbningstiden på hverdage. Det er vigtigt, at vi har de rette kontaktoplysninger til dig og de pårørende, som du ønsker, må få information om dit forløb.

6.1 Samtykke og fuldmagt

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

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

7. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Sygdomme/lidelser, som ikke er nævnt under punkt 5.2. Bliver der stillet en diagnose på en lidelse, som ikke er omfattet af denne forsikring, tilbydes en afsluttende rådgivningssamtale, hvor der afdækkes, om skaden skal anmeldes til anden forsikring, eller om der skal rådgives til anden instans eller behandlingsintervention.
- Eksisterende lidelser, som er opstået, før forsikringen trådte i kraft. Disse vil først være dækningsberettiget 6 måneder efter forsikringen er indgået.
- Udgifter. Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse, behandling, transport, hjælpemidler, hjemmehjælp, genoptræning, recepter og medicin, og hvad vi vurderer, er svarende hertil.
- Hvis du er henvist til undersøgelse og behandling ved et privathospital, eller praktiserende speciallægeklinikker udenfor offentligt sygehusregi, hvad enten klinikkerne er offentlige eller private.
- Hvis udredning og behandling foregår i udlandet eller foretages af læger i udlandet.
- Rådgivning og vejledning i relation til ikke medicinsk godkendt behandling, eksperimentel behandling, undersøgelse og behandling foretaget som et led i forskning eller forskningsprojekt. Undersøgelse og behandling, som ikke er foranstaltet af det offentlige sygehusvæsen og som et led i dit sygehusforløb.
- Lægelig indblanding, i den af sygehuset planlagte udrednings- og behandlingsplan. Vi hjælper med at gennemse din udrednings-/behandlingsplan, og bistår dig i at få afklaret spørgsmål i relation hertil.
- Komplikationer, følgelidelser, bivirkninger eller tilsvarende, som følge af udredning og behandling i det offentlige sundhedsvæsen dækkes ikke udover de 24 måneder fra skadens godkendelse jfr. pkt. 5.3

- Tilbagevenden af samme sygdom/lidelse og/eller tilbagefald andre steder i kroppen af samme sygdom/lidelse, ud over de 24 måneder fra skadens godkendelse.
- Navigation og sundhedsfaglig rådgivning i relation til forebyggende undersøgelse/behandling samt screeninger.
- Skade/sygdom, der skyldes krig, 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.
- Skade/sygdom eller følgesygdomme efter medicinindtag, vacciner samt bivirkninger/langtidsfølger heraf.

8. Generelle bestemmelser

8.1 Forsikringens varighed

Forsikringens varighed fremgår af forsikringsaftalen. Forsikringer som er tegnet for en måned ad gangen, bliver automatisk forlænget for en måned ad gangen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

8.2 Betaling af forsikringen

Forsikringen betales første gang, når den træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen.

Forsikringstager har ansvaret for, at OK på vegne af Dansk Sundhedssikring modtager betalingen rettidigt. Sammen med betalingen opkræver OK eventuelle gebyrer, herunder udgifter til porto, der dækker ekspeditionsomkostninger ved betalingen. OK opkræver også eventuelle afgifter til staten.

Sidste rettidige betalingsdag fremgår af opkrævningen.

Manglende betaling

Hvis forsikringen ikke betales senest sidste rettidige betalingsdag, så sender OK en opsigelse tidligst 14 dage efter udløb af betalingsfristen med oplysning om, at forsikringsdækningen ophører, hvis forsikringen ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen. OK har ret til at opkræve et opsigelsesgebyr.

8.3 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Præmien kan indeksreguleres én gang årligt pr. 1 januar på grundlag af ændringer i nettoprisindekset fra Danmarks Statistik eller tilsvarende, hvis nettoprisindekset ophører.

Præmieændringer som følge af indeksregulering og pålagte afgifter og lignende fra offentlig side betragtes ikke som ændring af præmien og vil ikke blive varslet.

Dansk Sundhedssikring kan, udover indeksreguleringen ændre i forsikringsbetingelserne og/eller præmien for allerede etablerede ordninger med 1 måneds skriftligt varsel til udgangen af en måned.

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

Opsiges forsikringen ikke skriftligt, så fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller ændrede præmie.

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

8.4 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer som er tegnet for en måned ad gangen, bliver automatisk forlænget for en måned ad gangen.

Forsikringstager kan opsige forsikringen på portalen <https://okforsikring.marshagency.dk/> under "mine forsikringer" med løbende måned plus en måned. OK kan opsige forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan OK opsige forsikringen uden varsel. Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne under punkt 8.2 "Betaling af forsikringen".

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

Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem OK og Dansk Sundhedssikring ophører. I disse tilfælde vil forsikrede modtage en opsigelse af forsikringen efter bestemmelserne under "Opsigelse og ophør af forsikringen".

8.4.1 Dækning efter ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, så mister du retten til dækning efter 6 måneder for allerede anmeldte og godkendte skader.

Anmeldelse af ny sag skal altid ske senest 6 måneder efter forsikringens ophør. Henvisningen fra din egen læge skal altid være dateret i forsikringstiden.

Sygdom/lidelse opstået efter forsikringens ophør eller henvisninger til sygehuset, som er dateret efter forsikringens ophør, er ikke omfattet af forsikringen og dækkes ikke.

8.5 Refusion

Regning for udgift til godkendt 1-års medlemskab ved patientforening, skal være indsendt senest 6 måneder efter betalingsdatoen.

8.6 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.

Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til at vi indhenter nødvendige oplysninger hos læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder at få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden før og efter forsikringens ikrafttrædelse.

Hvis du flytter, skal vi altid have besked om dette.

Dobbeltforsikring

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

Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette i forbindelse med, at du

anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidiær, og den anden dækning skal derfor anvendes først. Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

8.7 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 indtegnning, anmeldelse af skade og brug af vores digitale platforme, f.eks. CPR-nr., telefonnummer, e-mailadresse, 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 www.ds-sundhed.dk kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger.

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

8.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. 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, forsikringselskaber, 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.

Ved anmeldelse af skade accepterer forsikrede eller indehaveren af forældremyndigheden for forsikrede under 18 år, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis det er relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade.

Forsikrede eller indehaveren af forældremyndigheden for forsikrede under 18 år har pligt til at give os de oplysninger, som vi mener er nødvendige, for at afgøre om vi dækker samt omfanget af dækningen.

8.9 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.

8.10 Forældelse

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

8.11 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: www.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 www.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, 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.

8.12 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring A/S på telefon 70206121 eller via e-mailadressen: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk. Du kan også finde mere information på vores hjemmeside: www.ds-sundhed.dk.

OK kan kontaktes for spørgsmål om forsikringen, policen, betaling af præmie samt øvrige spørgsmål om forsikringen på telefon 89322211 eller via e-mailadressen: sundhedsforsikring@ok.dk.

8.13 Fortrydelsesret

For privattegnede forsikringer gælder en fortrydelsesret. Det betyder, at forsikringstager kan fortryde en privatindgået aftale om forsikring efter reglerne i Forsikringsaftalelovens § 34.

Forsikringstager har efter reglerne i Forsikringsaftaleloven krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og den bestilte tjenesteydelse.

Hvis du fortryder en privatindgået forsikring, har du 14 dages fortrydelsesret. Fortrydelsesretten regnes fra den dato, hvor aftalen er indgået, og hvor du er blevet informeret om forsikringsbetingelserne, hvor også fortrydelsesretten er beskrevet.

Udløber fortrydelsesfristen på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

Inden fortrydelsesfristens udløb skal du skriftligt give OK besked om, at du har fortrudt aftalen. Du kan give OK besked pr. brev eller e-mail. Brevet eller e-mailen skal være afsendt inden fortrydelsesdatoens udløb. Du skal sende din besked om, at du har fortrudt købet til:

OK a.m.b.a.
Åhave Parkvej 11
8260 Viby J

E-mail: sundhedsforsikring@ok.dk

Du kan også gå ind på: <https://okforsikring.marshagency.dk/>