

OK Familie360

Dokument med oplysninger om forsikringsproduktet

Selskaber:

Brug af forsikringen håndteres af: Forsikringselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, Hørkær 12 B, 2730 Herlev, CVR-nr. 34739307
Forsikringen administreres af Marsh & McLennan Agency A/S, Teknikerbyen 1, 2830 Virum, CVR-nr. 34488797
Produkt: OK Familie360, formidlet af OK a.m.b.a., Åhave Parkvej 11, 8260 Viby, Cvr-nr. 39170418

Dette dokument er en kort oversigt over forsikringsdækningen. De fulde vilkår og dækninger kan ses og downloades via OK's hjemmeside (www.ok.dk) hvor der også findes nemt tilgængelige beskrivelser af produktindhold og brug af forsikringen. Efter aftalens indgåelse fremsendes mail med din forsikringspolice og de fulde forsikringsbetingelser.

Hvilken form for forsikring er der tale om?

Denne forsikring er en rådgivningsforsikring, som dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i relation til alvorlig sygdom, som er beskrevet i forsikringsbetingelserne og hvor der er henvist til udredning og behandling på et offentligt sygehus i Danmark. Forsikringen dækker ved 20 definerede, alvorlige sygdomme, hvor en personlig kontaktsygeplejerske tilknyttes, der assisterer, deltager i, rådgiver om eller afdækker behov for hjælp i behandlingsforløbet ydet af kvalificeret sundhedsfagligt personale.



Hvad dækker den?

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, ulykkesforsikringsselskab 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

Lidelser som er omfattet

- ✓ Kræftsygdomme, der hører under det offentlige sundhedsvæsens 'pakkeforløb'
- ✓ Alzheimers/demens – fremadskridende hjernesygdom
- ✓ Hjerneblødninger – blødning i hjernen
- ✓ Blodprop
- ✓ Aneurismer – udposning på pulsårer
- ✓ Hjertesvigt
- ✓ Forsnævring af kranspulsårer
- ✓ AMI – blodprop i hjertet
- ✓ Sklerose – neurologisk lidelse
- ✓ Hjerterytmeforstyrrelser, ICD - hjerterytmeforstyrrelse
- ✓ Nyresvigt
- ✓ Muskelsvind
- ✓ HIV/AIDS – Virus som nedbryder immunforsvaret
- ✓ ALS
- ✓ Lungeemboli
- ✓ Parkinson
- ✓ Total blindhed/døvhed
- ✓ Diabetes type 1
- ✓ Post-commotionelt syndrom
- ✓ Whiplash-syndrom – kronisk piskesmæld



Hvad dækker den ikke?

- ✗ Sygdom/lidelser som ikke er nævnt i betingelserne.
- ✗ Eksisterende lidelser, som er opstået, før forsikringen trådte i kraft. Disse vil først være dækningsberettiget 6 måneder efter forsikringens start dato
- ✗ Udgifter til undersøgelse, behandling, medicin, transport, hjælpemidler, hjemmehjælp, genoptræning, recepter m.m.
- ✗ Hvis du er henvist til undersøgelse og behandling uden for det offentlige sygehusregi
- ✗ 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 m.m.
- ✗ Lægelig indblanden, i den af sygehuset planlagte udrednings- og behandlingsplan.



Er der nogen begrænsninger af dækningen?

- ! Forsikringen dækker sundhedsfaglig navigation og rådgivning i op til 24 måneder fra skadens godkendelse.
- ! Tilbagevenden af samme sygdom/lidelse og/eller tilbagefald andre steder i kroppen af samme sygdom/lidelse, dækkes inden for samme 24 måneder fra skadens godkendelse
- ! Når forsikringen stopper, så mister du retten til dækning efter 6 måneder for allerede anmeldte og godkendte skader.
- ! Sygdom/lidelse opstået efter forsikringens ophør eller henvisninger til sygehuset, som er dateret efter forsikringens ophør, er ikke omfattet af forsikringen og dækkes ikke.
- ! Henvisning skal være til et offentligt sygehus i Danmark.
- ! De forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (eks. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse i sygehusregi. Udstationerede og eventuelt medforsikrede, der udstationeres sammen med den forsikrede, er kun dækket hvis undersøgelse og behandling foretages på et offentligt sygehus i Danmark.
- ! De forsikrede skal være registreret på policen for at være dækket.



Hvor er jeg ikke dækket?

- ✓ Forsikringen dækker navigation og rådgivning til de nævnte alvorlige sygdomme/lidelser, og hvor der er henvist til offentligt sygehus i Danmark.



Hvilke forpligtelser har jeg?

- Du skal tilvejebringe de nødvendige personlige og helbredsmæssige oplysninger.
- Du skal, ved behov, give samtykke og/eller fuldmagt til at vi må indhente og videregive de nødvendige personlige- og helbredsmæssige oplysninger til relevante sundhedsaktører eller instanser, som aftales med dig.
- Du skal gøre opmærksom på eventuel dækning fra øvrig forsikring ved ønske om brug af denne forsikring
- Du skal sørge for at samtlige medforsikrede er registreret på policen



Hvornår og hvordan betaler jeg?

- Præmien opkræves månedligt sammen med faktureringen af dit OK benzinkort. Du betaler for en måned ad gangen.



Hvornår går dækningen til og fra?

- Forsikringen træder i kraft d. 1. i måneden efter forsikringen tegning
- Ved forsikringens ikrafttrædelse af hovedforsikrede, begynder karenperioden for den hovedforsikrede på de 6 måneder for eksisterende lidelser. Karenperioden for medforsikrede, starter den 1. i måneder den dato den medforsikrede er registreret på policen.
- Forsikringsdækningen gælder for en måned ad gangen og fornyes automatisk hver måned, medmindre forsikringen opsiges.
- Forsikringen ophører, når den opsiges af en af parterne eller ved forsikringstagers dødsfald.



Hvordan opsiger jeg aftalen?

- Du har 14 dages fortrydelsesret efter du har tegnet forsikringen. Herefter kan du når som helst opsige forsikringen med løbende måned plus en måned. Fortrydelsen eller opsigelsen skal sendes skriftligt til OK, se betingelser.
- OK kan opsige forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned. Ved tegn på svig kan OK opsige forsikringen uden varsel.



Brug af forsikringen

Ønsker du at gøre brug af forsikringen, skal du kontakte Dansk Sundhedssikring A/S.

Anmeldelse bør foretages hurtigst og kan foretages online på www.ds-sundhed.dk i menuen Mit DSS, eller ved telefonisk henvendelse i vores åbningstid på tlf. 70 20 61 21.

Forsikringsgiver

Forsikringssselskabet bag forsikringen er Forsikringssselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, Hørkær 12B, DK 2730 Herlev, CVR nr. 34 73 93 07, Tlf.: +45 7020 6121

Forsikringsformidler

Det er OK a.m.b.a. Åhave Parkvej 11, 8260 Viby J, tlf. 89 32 22 11, e-mail: sundhedsforsikring@ok.dk der formidler forsikringen for Dansk Sundhedssikring A/S.

Du kan på Finanstilsynets hjemmeside www.finanstilsynet.dk se hvordan OK er registreret.

Har du spørgsmål til forsikringen, kan du kontakte OK a.m.b.a., Åhave Parkvej 11, 8260 Viby J, tlf. 89 32 22 11, e-mail: sundhedsforsikring@ok.dk eller administrator Marsh & McLennan Agency A/S, Teknikerbyen 1, 2830 Virum, tlf. 45 95 95 97, e-mail: ok.forsikring@mmc.com

Samarbejde

Forsikringsgiveren betaler OK a.m.b.a. og Marsh & McLennan Agency A/S for udgifterne til at formidle og administrere forsikringen.

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 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 samt en kort redegørelse for, hvorfor du er uenig eller utilfreds med vores afgørelse.

Lovgivning og sprog

Forsikringen er underlagt dansk lovgivning og eventuelle tvister, der indbringes for en retslig instans vedrørende den indgåede forsikringsaftale, afgøres efter dansk ret, ved danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting. Al kommunikation foregår på dansk.