



Forsikringsbetingelser for Lifeline Plus Privat

Sundhedsforsikring

Forsikringsbetingelser gældende fra 1. januar 2021

Nr. PLUS Privat P-07-010121

Indhold

1.	Om forsikringen.....	2
2.	Sådan dækker forsikringen	2
3.	Forsikringen dækker	3
4.	Forsikringen dækker ikke	5
5.	Ved dækning fra anden side	6
6.	Vilkår for aftalen om forsikring.....	6
7.	Tilmelding til forsikringen.....	7
8.	Betaling for forsikringen	7
9.	Opsigelse og ophør.....	8
10.	Lovgivning og klager	8

1. Om forsikringen

Forsikringen er oprettet i Skandia Link Livsforsikring A/S, CVR nr. 2095 2237 – i det følgende benævnt Skandia.

Sundhedsforsikringen Lifeline Plus Privat giver ret til at få hjælp til og få dækket udgifter til blandt andet forundersøgelse, behandling og genoptræning i Skandias netværk af specialister og privathospitaler i det omfang og med de undtagelser, der er beskrevet i disse forsikringsbetingelser, hvis de gældende betingelser er opfyldt.

2. Sådan dækker forsikringen

2.1 Kontakt til Skandia og egen læge

Inden forsikrede¹ søger om dækning fra forsikringen, skal forsikrede konsultere egen læge, som skal anbefale eller henvise til den undersøgelse og/eller behandling, som den forsikrede søger dækning for. Konsultationen hos egen læge kan både foregå telefonisk, via mail eller ved personligt fremmøde.

Når lægen har vurderet den forsikredes tilstand og anbefalet eller henvist til en undersøgelse eller behandling, kan den forsikrede søge om dækning fra sundhedsforsikringen ved at kontakte Lifelinelinjen®.

Skandia kan kræve, at forsikrede har en skriftlig henvisning til den undersøgelse og/eller behandling, som den forsikrede søger om dækning for. Skandia vurderer, hvornår der er behov for en skriftlig henvisning.

Lægehenvielse er dog ikke et krav for dækning ved behandling hos kiropraktor, akupunktør, massør, zoneterapeut, fodterapeut, ergoterapeut, øjenlæge, akut psykologbehandling, eller behandling hos psykolog grundet arbejdsrelateret stress, skilsmisse eller utroskab.

Forsikringen dækker udelukkende udgifter til undersøgelse og/eller behandling, som Skandia på forhånd har godkendt.

2.2 Behandlingsgaranti

Skandia garanterer, at undersøgelses- og/eller behandlingsprocedure går i gang inden for ti arbejdsdage, efter at en skade er anmeldt, og Skandia har modtaget og godkendt al relevant information om skaden.

Undersøgelses- og behandlingsgarantien gælder ikke:

- hvis en godkendt og planlagt undersøgelse og/eller behandling udskydes som følge af en medicinsk vurdering eller årsag
- hvis den forsikrede helt eller delvist har afvist et tilbud fra Skandia om undersøgelse og/eller behandling
- hvis der ikke findes undersøgelse og behandling, fordi der er tale om særegen sygdomsdiagnose, et unikt

sygdomsforløb, eller undersøgelse/behandling ikke tilbydes i privat regi

- hvis epidemier, pandemier eller force majeure har begrænset kapaciteten.

2.3 Valg af behandling og behandler

Skandia godkender kun behandling, som foregår efter metoder med dokumenteret effekt, og som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark. Det er desuden en betingelse, at der er en overvejende sandsynlighed for, at behandlingen væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller tilskadekomsten – eller at den væsentligt og varigt kan forbedre den forsikredes helbredstilstand efter skaden.

Skandia samarbejder med et netværk af kvalitetssikrede privathospitaler og speciallæger, og den forsikrede skal bruge den behandler, som Skandia anviser i dette netværk. Ved psykolog, fysioterapi, kiropraktik, osteopati, zoneterapi og akupunktur kan forsikrede dog selv vælge behandler.

Forsikringen omfatter undersøgelse og behandling i Danmark (eksklusive Grønland og Færøerne), Norge, Sverige og Tyskland, med mindre andet er aftalt med Skandia. Den forsikrede kan få tilbudt behandling i EU, hvis der ikke er rimelige behandlingstilbud i Danmark eller de øvrige nævnte lande, hvis Skandia finder det rimeligt og forsvarligt. Dækningen er begrænset til udgifter, som er almindelige og rimelige for området eller landet, hvor behandlingen finder sted.

Skandia er ikke ansvarlig for resultatet af undersøgelser, behandlinger eller vurderinger, heller ikke hvis en behandling ikke virker eller resulterer i fejl. I disse tilfælde må eventuelle erstatningskrav rejses over for de klinikker eller hospitaler, som har stået for behandlingen.

2.4 Oplysninger til hjælp for vurdering

Skandia kan til enhver tid bede om journaloplysninger og attester, som selskabet finder nødvendige for at foretage en sundhedsfaglig vurdering af, om den forsikrede har ret til behandling.

Den forsikrede skal sørge for, at Skandia får de nødvendige oplysninger. Skandia kan desuden bede den forsikrede gennemgå lægeundersøgelser for at vurdere retten til behandling.

Uanset pkt. 4.3 f) betaler Skandia alle udgifter til indhentelse af de attester og journaloplysninger, som Skandia vurderer er nødvendige til behandling af skadesanmeldelsen. Dette gælder ikke lægehenvielse eller lægeanbefalinger jf. punkt 2.1.

Skandia har ret til at forespørge om den forsikredes helbred og til at kontakte enhver, som behandler eller tidligere har behandlet den forsikrede for fysiske eller psykiske lidelser, herunder læger og hospitaler. Skandia er berettiget til at få

¹ 'De forsikrede' er i disse betingelser private personer og medforsikrede ægtefælle/samlever og børn der er omfattet af forsikringsaftalen med Skandia.

udleveret eventuelle journaler eller andet skriftligt materiale om den forsikredes helbred.

2.5 Afværgelse af skade

Den forsikrede har pligt til bedst muligt at afværge eller begrænse skaden, og Skandia har ret til at gennemføre foranstaltninger, som er med til at sikre det.

3. Forsikringen dækker

Forsikringen omfatter sygdom og lidelser, der er opstået som følge af helbredsmæssige belastninger. Skandia definerer sygdom som helbredsmæssige problemer, der medfører lægeligt begrundet behov for undersøgelse og/eller behandling. Skandia afgør, hvilken undersøgelse eller behandling der er behov for.

3.1 Lifelinenlinjen®

Lifelinenlinjen® tilbyder professionel telefonisk rådgivning om problemer, sygdomme eller skader, der ikke kræver egentlig behandling. Der er tale om vejledende samtaler med professionelle sygeplejersker eller fysioterapeuter, som kan hjælpe den forsikrede videre. Det kan for eksempel være hjælp i forbindelse med mobning, chikane, arbejdsulykker, misbrug, stress, firing og andre arbejdsrelaterede kriser. Eller vejledning i forbindelse med træning og genoptræning.

Den telefoniske rådgivning kan være anonym, med mindre det vurderes, at der er brug for undersøgelse eller behandling, så der skal startes et behandlingsforløb op via sundhedsforsikringen.

3.2 Speciallæge

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til undersøgelse og behandling udført af speciallæge, dog ikke konsultation og behandling hos speciallæge i almen medicin, herunder egen praktiserende læge.

Skandia kræver henvisning fra en speciallæge, herunder egen praktiserende læge, for at godkende ultralydsscanning, røntgenundersøgelse, MR-scanning eller lignende undersøgelser med henblik på at stille en diagnose.

3.3 Fysioterapeut, kiropraktor og osteopat

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig konsultation og behandling hos autoriseret fysioterapeut, kiropraktor og osteopat. Forsikringen dækker samlet maksimalt 10 behandlinger inden for 12 måneder fra den dato, skaden anmeldes til Skandia.

For at sikre optimal behandling af den konkrete problemstilling vil Skandias sygeplejersker og fysioterapeuter løbende vurdere, hvor mange behandlinger den forsikrede har behov for.

Behandlinger af forebyggende og vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Forsikrede kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Forsikringen dækker dog maksimalt 500 kr. pr. behandling hos fysioterapeut og osteopat.

For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter tilskud fra sygesikringen i de overenskomstregulerede takster.

3.4 Zoneterapeut og akupunktør

Forsikringen dækker samlet maksimalt 10 behandlinger inden for 12 måneder fra den dato, skaden anmeldes til Skandia. Behandleren skal være RAB-godkendt zoneterapeut eller akupunktør.

For at sikre optimal behandling af den konkrete problemstilling vil Skandias sygeplejersker løbende vurdere, hvor mange behandlinger den forsikrede har behov for.

Forsikrede kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Forsikringen dækker dog maksimalt 600 kr. pr. behandling.

3.5 Psykolog

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig konsultation og behandling hos autoriseret psykolog. Forsikringen dækker samlet maksimalt 10 behandlinger inden for 12 måneder fra den dato, skaden anmeldes til Skandia.

For at sikre optimal behandling af den konkrete problemstilling vil Skandias sygeplejersker løbende vurdere, hvor mange behandlinger den forsikrede har behov for.

Forsikringen inkluderer akut krisehjælp som følge af røveri, kidnapning, overfald, indbrud, brand, ulykke eller eksplosion, når dette medfører et akut traume.

Forsikringen dækker lægeligt begrundet individuel behandling hos psykolog. Det er en forudsætning for dækning, at Skandia vurderer, at forsikrede har en symptomgivende psykisk sygdom/skade, og at der er et lægeligt dokumenteret behov for at behandle.

Skandia vurderer, om forsikrede skal have en skriftlig lægehenvielse eller anbefaling. Lægehenvielse er dog ikke et krav ved akut psykologbehandling, eller behandling hos psykolog grundet arbejdsrelateret stress, skilsmisse eller utroskab.

Behandlingen skal sikre progression/bedring af tilstanden. Psykiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller varigt forbedres, dækkes ikke.

Sundhedsteamet vil ud fra en faglig vurdering henvise til relevant behandlingsform. Skandia tilbyder forskellige behandlingsformer af f.eks. stress og angst.

Parterapi, familiesamtaler, coaching, selvudvikling, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.

Forsikrede kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Forsikringen dækker dog maksimalt 1.100 kr. pr. behandling.

3.6 Psykiater

Forsikringen dækker op til 10 konsultationer hos psykiater inden for 12 måneder fra første behandlingsdato.

Forsikringen dækker kun anden psykiatrisk behandling end konsultationer, hvis den forsikrede er fyldt 21 år.

I forbindelse med psykiatriske diagnoser dækker forsikringen maksimalt udgifter på op til i alt 100.000 kr. for alle de perioder, den forsikrede har dækning i Skandia. Dette maksimum gælder også, selvom den forsikrede genoptager et forsikringsforhold eller opretter en ny forsikring i Skandia.

Ikke-psykotiske patienter, der indgår i de såkaldte pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal bruge det offentliges tilbud. Skandia tilbyder rådgivning og hjælp i den videre proces, og forsikringen dækker, hvis Skandia vurderer, at der er opstået unødigt ventetid, eller at intentionerne med pakkeforløbene ikke er opfyldt.

3.7 Operation og behandling på privathospital

Forsikringen dækker lægeordnede og operationsforberedende undersøgelser, operationer udført ambulantly eller under indlæggelse og behandling på privathospital.

Ved behandling af livstruende kræft- eller hjertesygdomme, der indgår i de såkaldte pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal den forsikrede bruge det offentliges tilbud.

Skandia tilbyder rådgivning i den videre proces, og forsikringen dækker, hvis Skandia vurderer, at der er opstået unødigt ventetid, eller at intentionerne med pakkeforløbene ikke er opfyldt.

3.8 Genoptræning

Forsikringen dækker speciallægeordnede ambulantly genoptræning ved autoriseret fysioterapeut eller ergoterapeut i umiddelbar forlængelse af en behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker – dog maksimalt i 12 måneder. Se også punkt 9.5: Ansvarstid ved ophør.

Genoptræning omfatter udgifter til rekreationsophold i Danmark, som dækkes med maksimalt 25.000 kr. pr. diagnose og i umiddelbar forlængelse af en behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker.

I forbindelse med genoptræning kan Skandia kræve at få udleveret en behandlingsplan.

3.9 Hjælpe midler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til midlertidige hjælpemidler, som en speciallæge vurderer, er rimelige og nødvendige, for at den forsikrede kan komme sig efter en sygdom eller ulykke, som forsikringen dækker.

3.10 Medicin

Forsikringen dækker rimelige udgifter til lægeordnede receptpligtig medicin i forbindelse med en behandlingskrævende indlæggelse eller ambulantly operation, som forsikringen dækker, dog maksimalt i op til seks måneder fra første behandlingsdag.

3.11 Hjælp i hjemmet

Forsikringen dækker rimelige udgifter til op til 20 timers hjælp til rengøring, indkøb med videre i umiddelbar forlængelse af en behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker.

3.12 Transport

Forsikringen dækker rimelige udgifter til transport til og fra behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker. Forsikringen dækker kun transport, hvis den forsikrede ikke har mulighed for at benytte private eller offentlige transportmidler på grund af sygdom, og hvis transporten ikke kan dækkes fra anden side.

Skandia betaler desuden for hjemtransport, hvis en forsikret afgår ved døden på et behandlingssted (hospital og klinik) uden for Danmark, og Skandia har godkendt behandlingen. Skandia vurderer og godkender valg af transportform og -middel.

3.13 Social ledsager

Forsikringen dækker rimelige udgifter til rejse, transport og logi for en rejseledsager, hvis den forsikrede er indlagt på hospital uden for Danmark.

3.14 Medicinsk ledsager

Forsikringen dækker rimelige udgifter til rejse, transport og logi for en medicinsk uddannet rejseledsager til et hospital uden for Danmark. Den medicinske ledsager vælges af Skandia og skal sikre den forsikrede:

- størst mulig omsorg under rejse og ophold
- indskrivning på hospital
- forståelse af diagnose, behandlingsforløb og dialog med lokale læger.

3.15 Second opinion

Forsikringen tilbyder en second opinion, som indebærer, at en forsikret kan få en yderligere medicinsk vurdering af en specialist. En second opinion er aktuel, hvis den forsikrede

- har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade
- står foran valget om at udsætte sig for en særlig risikofyldt behandling, der i sig selv kan være livstruende eller give varige mén.

3.16 Diætist

Forsikringen dækker op til fem konsultationer hos en klinisk diætist. Behandlingen forudsætter, at den forsikrede har en lægehenvielse og et BMI på under 18 eller over 30. Forsikringen omfatter ét behandlingsforløb for alle de perioder, den forsikrede har dækning i Skandia. Dette gælder også, selvom den forsikrede genoptager et forsikringsforhold eller opretter en ny forsikring i Skandia.

3.17 Kronisk lidelse i bevægeapparatet

Medmindre forsikrede opnår bedre dækning ved de øvrige bestemmelser i disse forsikringsbetingelser gælder:

3.17.1 Fysioterapi, kiropraktik og osteopati til kronisk bevægeapparatslidelse

Slidigt konstateret af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi-, kiropraktik- eller osteopatbehandlinger pr. løbende 12 måneder. Behandlingerne tildeles i portioner.

Anden kronisk bevægeapparatslidelse (ikke slidigt), konstateret af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi-, kiropraktik- eller osteopatbehandlinger pr. løbende 12 måneder, hvis disse skønnes at føre til væsentlig bedring. Hver lidelse dækkes i maksimalt 3 år. Behandlingerne tildeles i portioner.

Der kan i alt kun bevilliges én kronisk bevilling pr. 12 løbende måneder. Benyttes der akupunktur eller zoneterapi modregnes disse i antallet af behandlinger.

Som led i behandlingen af en kronisk lidelse i bevægeapparatet har forsikrede mulighed for at få dækket et abonnement i et fitnesscenter (oprettes af Skandia). Der dækkes i 3 måneder, hvorefter der kun kan dækkes yderligere, såfremt frekvensen af træningspas (i første måned og herefter) har været minimum 8. Skandia kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens.

3.17.2 Akupunktur og zoneterapi til kronisk bevægeapparatlidelse

En kronisk lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen, såfremt disse skønnes at føre til en væsentlig bedring. Behandlinger tildeles i portioner.

Der kan i alt kun bevilliges én kronisk bevilling pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Benyttes der kiropraktik, fysioterapi eller osteopati modregnes disse i antallet af behandlinger.

3.17.3 Operation og medicinsk behandling ved kronisk lidelse i bevægeapparatet

Forsikringen dækker operation og medicinsk behandling på grund af lidelse i bevægeapparatet, såfremt operationen og/eller den medicinske behandling skønnes at kunne kurere eller bedre tilstanden væsentligt.

3.17.4 Diagnosetidspunkt

Der ses ved dækning efter pkt. 3.17, om kronisk lidelse i bevægeapparatet, bort fra kravet om, at kroniske sygdomme, der er diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft, ikke er dækket. Dog dækkes igangværende og planlagt behandling ikke.

Der ses ved dækning efter pkt. 3.17, om kroniske lidelser i bevægeapparatet, derudover bort fra kravet om, at kroniske sygdomme, der er diagnosticeret, efter forsikringen trådte i kraft, er dækket i maksimalt 6 måneder fra diagnosetidspunktet.

3.18 Massage

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 4 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne tildeles i portioner.

Behandlingerne skal foretages af en RAB-registreret massør og dækkes med op til 395 kr.

3.19 Fodterapi

Der dækkes med op til 6 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne skal varetages af en statsautoriseret fodterapeut med overenskomst med den offentlige sygesikring.

3.20 Ergoterapi

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlinger tildeles i portioner og der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

4. Forsikringen dækker ikke

Følgende medicinske tilstande og diagnoser samt behandlinger og behandlingstyper er ikke dækket af forsikringen. Derudover er der en række generelle begrænsninger for, hvornår forsikringen ikke dækker.

4.1 Medicinske tilstande og diagnoser

Forsikringen dækker ikke udgifter i forbindelse med følgende medicinske tilstande og diagnoser:

- Behandling af lidelser eller senere følger af lidelser, der er indtruffet eller diagnosticeret, eller som den forsikrede var bekendt med eller burde have været bekendt med, inden forsikringen trådte i kraft, se dog § 7.2 Specielt for firmaaftale.
- Akut behandling og akutte situationer, herunder undersøgelse og behandling som kræver hurtig assistance og som ikke kan afvente planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom og øvrige diagnoseområder, som Skandia og/eller det offentlige definerer som akutte, herunder kræftpakker, livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom. Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, Lægevagten, Akuttelefonen, skadestue eller 112. Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.
- Behandling for barnløshed.
- Fobier.
- Følgesygdomme af misbrug af alkohol, medicin eller narkotika.
- Kroniske sygdomme, eller følgesygdomme efter kroniske sygdomme, der er diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft i Skandia, medmindre andet fremgår af disse betingelser.

En kronisk sygdom eller lidelse er kendetegnet ved, at den er vedvarende, medfører blivende følger og/eller mén og/eller skyldes forandringer, der ikke kan helbredes. Sygdommen eller lidelsen kan være uden symptomer i kortere eller længere perioder, både med og uden behandling.

Kroniske sygdomme, der er diagnosticeret, efter forsikringen trådte i kraft i Skandia, er dækket i maksimalt 6 måneder fra diagnosetidspunktet, medmindre andet fremgår af disse betingelser.
- Kønssygdomme, HIV-infektion og sygdomme afledt af HIV, organtransplantation og -donation samt dialysebehandling.
- Medfødte lidelser.
- Søvnforstyrrelser, med mindre der er lægelig mistanke om diagnosen søvn-åpnø.

- j. Udredning og behandling af ADHD med undertyper.
- k. Udredning og behandling af analfistel, analfissur eller pilonidalcyste.
- l. Udredning og behandling af demens.

4.2 Behandlinger og behandlingsformer

Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende undersøgelser, behandlinger eller behandlingsformer:

- a. Alle former for prævention, herunder sterilisation eller tilsvarende præventionsmæssige behandlinger som for eksempel opsætning og fjernelse af spiral.
- b. Behandling hos tandlæge, tandbehandling og tandkirurgi, herunder kæbekirurgi, af enhver art.
- c. Behandling med Botox og Xiaprex.
- d. Fedmebehandling eller fedmeoperationer, herunder følgeoperationer eller følgebehandling.
- e. Forebyggende og vedligeholdende undersøgelse og behandling.
- f. Kosmetiske behandlinger og operationer, samt følger heraf. Forsikringen dækker eksempelvis ikke, men ikke begrænset til, ansigtsløftninger, rekonstruktion af bryster, hårtransplantationer, fedtsugning, brystforstørrende eller -formindskende operationer.
- g. Fjernelse af godartede modermærker eller pletter, hudtransplantationer eller aktinsk keratose, behandling for vorter, lipomer, ateromer, acne, hængende øjenlåg og åreknuder, samt følger heraf.
- h. Syns- og hørekorrigerende undersøgelser og operationer samt udgifter til briller, kontaktlinser og/eller synstest samt høreprøver og høreapparater.
- i. Protonterapi eller behandling med stamceller.
- j. Vaccination, helbreds kontrol og anden forebyggende kontrol.
- k. Parterapi familiesamtaler, coaching, selvudvikling, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.

4.3 Generelle begrænsninger

Forsikringen dækker ikke følgende udgifter eller skader, hvis de er opstået eller forårsaget af følgende grunde:

- a. Skade opstået i forbindelse med professionel sport – dvs. sport, som den forsikrede udøver mod betaling. Der er tale om professionel sport, hvis den forsikrede overvejende lever af sin sport eller har en kontrakt med en sportsklub eller sponsorer, som udbetaler løn til den forsikrede. Professionel sport omfatter både træning, konkurrencer og opvisninger uden for konkurrence.
- b. Skade som følge af borgerlige uroligheder, oprør, krig eller krigslignende tilstande og terror, herunder bakteriologiske og kemiske angreb.

- c. Skade som følge af udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof eller affald.
- d. Udgifter til aftalte besøg med videre, hvor den forsikrede er udeblevet.
- e. Udgifter til behandling som følge af epidemier og pandemier, som det offentlige tager sig af.
- f. Udgifter til attester, journaloplysninger, lægehenvísninger og lægeanbefalinger.
- g. Udgifter til psykologiske test og speciallægeerklæringer, med mindre de er bestilt af Skandia.
- h. Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd og lignende. Ekstraudgifter til såler, indlæg, bandager, tape med mere.

5. Ved dækning fra anden side

5.1 Forsikringen bliver subsidær

Hvis der er dækning fra et andet forsikrings selskab, skal Skandia have besked om det, når skaden anmeldes. I det tilfælde vil dækningen fra denne forsikring være subsidær, og den anden dækning skal derfor anvendes først.

5.2 Offentlig dækning

Skandia er ikke forpligtet til at dække udgifter, som det offentlige:

- allerede fuldt eller delvist har dækket
- har tilbudt at dække, eller har mulighed for at tilbyde forsikrede en tid inden for behandlingsgarantien i pkt. 2.2., men hvor datoen ikke passer forsikrede, uanset årsagen til dette..

5.3 Samarbejdspligt

Forsikringstageren og/eller den forsikrede er forpligtet til at samarbejde med Skandia og til uden ugrundet ophold at underrette Skandia, hvis de kan rejse krav om erstatning fra anden side eller tage andre juridiske skridt over for tredjemand.

Forsikringstageren og/eller den forsikrede skal desuden holde Skandia fuldt informeret og træffe de foranstaltninger, der er nødvendige for at rejse krav om erstatning fra anden side og varetage Skandias interesser.

5.4 Ansvarlig skadevolder

Skandia har i alle tilfælde ret til at indtræde direkte i den forsikredes krav over for en ansvarlig skadevolder.

6. Vilkår for aftalen om forsikring

Aftalen om forsikring gælder mellem Skandia og den eller de personer, der står som forsikringstager i forsikringsaftalen.

Forsikringstageren får en forsikringsaftale fra Skandia som bevis på aftalen. Forsikringsaftalen oplyser blandt andet, hvornår forsikringen træder i kraft, hvor meget den koster, og om der også gælder særlige forsikringsbetingelser.

Ved aftalen om forsikring forstås det samlede aftalegrundlag, som er dokumenteret ved:

1. en forsikringsaftale mellem forsikringstager og Skandia
2. gældende forsikringsbetingelser.

6.1 Forsikringstager ejer forsikringsaftalen

Forsikringstageren er ejer af forsikringsaftalen og den (juridiske eller fysiske) person, som Skandia aftaler vilkår og pris med.

6.2 Forsikrede

'Forsikrede' er i disse betingelser private personer og medforsikrede ægtefælle/samlever og børn.

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (eksklusive Grønland og Færøerne), Norge, Sverige og Tyskland og være omfattet af landets offentlige sygesikringsordning, medmindre andet er aftalt med Skandia.

Personer kan meldes til forsikringen, indtil de fylder 65 år. Børn kan forsikres indtil de fylder 24 år og defineres som biologiske og adoptivbørn, plejebørn (der skal foreligge en kommunal godkendelse af plejeforholdet), samt stedbørn.

6.3 Forsikringsbevis

De forsikrede modtager et velkomstbrev og et forsikringsbevis (en police) fra Skandia, når forsikringen bliver oprettet. Sker der ændringer i forsikringen, får de forsikrede besked fra Skandia.

6.4 Forsikringen forudsætter korrekte oplysninger

Hvis forsikringstageren, den forsikrede eller andre giver Skandia ufuldstændige eller forkerte oplysninger, når forsikringen bliver oprettet, gælder bestemmelserne i Forsikringsaftalelovens § 4 til 10. Det betyder, at forsikringsdækningen helt eller delvist kan bortfalde.

Hvis forsikringstageren, den forsikrede eller andre hverken vidste eller burde vide, at de gav Skandia en urigtig oplysning, hæfter Skandia, som om den urigtige oplysning ikke forelå.

6.5 Ændring i risikoen

Hvis der sker ændringer i risikoforholdene, skal Skandia straks have besked. I modsat fald kan Skandia begrænse dækningen eller afvise at dække en skade.

Skandia skal blandt andet have besked:

- hvis der er forkerte oplysninger i forsikringsaftalen, opkrævningen eller medsendte specifikationer
- hvis forsikringstageren opretter eller har oprettet en forsikring mod samme risiko i et andet selskab
- hvis den forsikredes virke eller bopæl ændres.

Skandia beslutter, om forsikringen kan fortsætte og på hvilke betingelser.

6.6 Ændring af forsikringsbetingelser og pris

Skandia kan ændre forsikringsbetingelser og pris med 30 dages varsel til udgangen af en måned. Skandia vil i så fald orientere forsikringstageren skriftligt.

Forsikringstageren kan opsigte forsikringen med 14 dages varsel, hvis ændringen betyder, at forsikringsbetingelserne bliver skærpet, eller prisen på forsikringen stiger. Opsigelsen skal ske inden 14 dage, efter at Skandia har orienteret forsikringstageren om ændringerne.

En indeksregulering eller afgifter og lignende, som det offentlige pålægger, betragtes ikke som en ændring af forsikringsbetingelser eller pris.

6.7 Forsikringssum

Skandia dækker udgifter på op til 3.000.000 kr. pr. år. For børn dækkes udgifter op til 1.000.000 kr. om året og beløbet deles af de forsikrede børn.

Beløbene er faste og indeksreguleres ikke.

7. Tilmelding til forsikringen

7.1 Ingen oplysninger om helbred

Hvis forsikringen er oprettet som led i en firmaaftale, skal den medforsikrede ikke oplyse Skandia om sit helbred for at komme med i sundhedsforsikringen.

7.2 Specielt for firmaaftale

Forsikrede er omfattet af en karenperiode de første 12 måneder. I den periode dækker forsikringen ikke udgifter til behandling af lidelser eller senere følger af lidelser, der er indtruffet eller diagnosticeret, eller som den forsikrede var bekendt med eller burde have været bekendt med, inden forsikringen trådte i kraft.

7.3 Overgang fra et andet forsikringselskab

Når Skandia overtager en firmaaftale fra et andet forsikringselskab, får de medforsikrede ægtefæller/samlever og børn deres anciennitet fra dette selskab med over i Skandia, hvis sundhedsforsikringen kan overføres, uden at dækningen bliver afbrudt.

Det samme gælder fremtidige medarbejders ægtefælle/samlever og børn, der på ansættelsestidspunktet har været forsikret i et andet forsikringselskab.

8. Betaling for forsikringen

8.1 Tidspunkt for betaling

Skandia opkræver betaling på giro eller via PBS. På opkrævningen står der, hvornår sidste rettidige betalingsdag er. Første gang, forsikringen forfalder til betaling, er, når forsikringen træder i kraft.

Skandia har ret til at få dækket udgifter til porto.

8.2 Ansvar for betaling og påmindelse

Forsikringstageren har ansvar for, at Skandia modtager betalingen for forsikringen rettidigt. Skandia sender en påmindelse om betaling, hvis fristen for betaling er overskredet. Påmindelsen vil informere om, at forsikringens dækning ophører, hvis beløbet ikke bliver betalt senest 21 dage efter påmindelsen.

Skandia har ret til at opkræve gebyrer for:

- at sende påmindelser om betaling
- at sende oplysninger om regulering
- at udarbejde og levere dokumenter, informationer eller andre ekstraordinære ydelser.

8.3 Afgifter

Skandia opkræver afgifter til staten og gebyrer sammen med betaling for forsikringen.

8.4 Aldersbestemt pris

Prisen kan for den enkelte forsikrede være løbende afhængig af alderen, dvs. baseret på alder ved næste fødselsdag.

8.5 Forudsætninger for prisen

Hvis prisen på forsikringen er baseret på nogle forudsætninger, som ikke længere er til stede, kan Skandia regulere prisen ved næste hovedforfald.

8.6 Indeksregulering

Prisen for forsikringen bliver indeksreguleret hvert år på hovedforfaldsdatoen.

Bliver forsikringen ændret mellem den 1. januar og en senere hovedforfaldsdato i året, bliver prisen indeksreguleret på ændringsdatoen.

Regulering sker på grundlag af Timelønsindekset, der offentliggøres hvert år i november af Danmarks Statistik. Hvis Danmarks Statistik stopper udgivelsen af det anvendte indeks, har Skandia ret til at bruge et andet af Danmarks Statistiks indekser.

8.7 Fornyetelse af forsikring

Forsikringer, som er oprettet for et år ad gangen, bliver automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen.

9. Opsigelse og ophør

9.1 Forsikringstagers ret til at opsig

Forsikringstageren kan opsig forsikringen med mindst en måneds skriftligt varsel til hovedforfaldsdato, dog tidligst når forsikringen har været i kraft uafbrudt i 12 måneder.

9.2 Skandias ret til at opsig

Skandia kan opsig forsikringen med mindst en måneds skriftligt varsel til hovedforfaldsdato, dog tidligst når forsikringen har været i kraft uafbrudt i 12 måneder.

Desuden kan Skandia til enhver tid uden varsel opsig forsikringen:

- hvis der er tegn på svig eller forsøg på det

- hvis der udbryder krig, oprør eller borgerlige uroligheder i Danmark.

9.3 Forsikredes ret til at opsig

Den forsikrede kan opsig sin forsikring med 30 dages varsel til udgangen af en kalendermåned. Dette kan dog være forhindret af vilkårene i ansættelsesforholdet.

9.4 Forsikringen ophører

Medmindre forsikringstager og Skandia har aftalt andet, ophører dækningen uden varsel:

- den dag, forsikringsaftalen ophører
- den dag, den forsikrede fylder 70 år eller børn fylder 24 år
- hvis reglerne i punkt 6.2 forhindrer, at den forsikrede kan være omfattet af forsikringen
- hvis medarbejderen ikke længere er omfattet af firmaaftalen.

9.5 Ansvarstid ved ophør

Hvis forsikringen ophører, ophører retten til erstatning samtidig. Skandia dækker følger af en tilskadekomst eller sygdom, som er opstået i forsikringsperioden, i op til tre måneder efter forsikringens ophør. Det er dog et krav, at Skandia har godkendt skaden på forhånd.

Skandia har ingen erstatningspligt efter ophørsdatoen, hvis forsikringsaftalen er oprettet med kortere løbetid end et år. Det samme gælder en fornyet forsikringsaftale, der løber i kortere tid end et år.

Når forsikringen er ophørt, og der er sket en skade i forsikringstiden, skal skaden anmeldes til Skandia uden ugrundet ophold.

10. Lovgivning og klager

10.1 Lovgivning

Forsikringen følger bestemmelserne i Lov om Finansiell Virksomhed og Forsikringsaftaleloven, medmindre de er fraveget i policen.

10.2 Klager vedrørende sagsbehandling

Forsikringstageren eller den forsikrede har mulighed for at klage, hvis de er uenige i Skandias afgørelse af en sag. Klager skal sendes så hurtigt som muligt – og senest seks måneder efter, at sagen er afgjort – til:

Skandia
Østbanegade 135
2100 København Ø
Att.: Den klageansvarlige

Se mere om klagemuligheder på skandia.dk/klage

10.3 Ankenævn

Hvis Skandia og forsikringstageren eller den forsikrede ikke kan blive enige, er det muligt at klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2

1572 København V
Telefon 33 15 89 00

Der skal betales et gebyr for at klage til Ankenævnet. Skandia refunderer gebyret, hvis forsikringstageren eller den forsikrede får medhold i klagen.

10.4 Værneting

Tvister om forsikringsaftalen skal afgøres efter dansk ret. Tvister, som ikke kan afgøres ved voldgift, skal afgøres ved de danske domstole. Værneting er København.

10.5 Fortrydelsesret

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

Ved privatindgåede forsikringer er fortrydelsesfristen 14 dage. Forsikringstager har efter reglerne i Forsikringsaftaleloven krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og den bestilte tjenesteydelse. Fortrydelsesfristen regnes fra den dag, hvor aftalen er indgået, og forsikringstager har modtaget forsikringsbetingelserne, hvor fortrydelsesfristen er beskrevet.

Udløber fortrydelsesfristen på en helligdag, en lørdag, grundlovsdag, den 24. december eller den 31. december, kan forsikringstager vente til den følgende hverdag.