

Sundhedsforsikring Arbejde

Forsikringsbetingelser nr. SA1706

Aftalegrundlag

Forsikringsaftalen består af forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg og forsikringsbetingelserne. For forsikringen gælder endvidere Lov om Forsikringsaftaler og Lov om finansiel virksomhed i det omfang, disse ikke er fraveget.

Vi anbefaler, at du læser forsikringsbetingelserne igennem, inden du eventuelt får brug for forsikringen.

Tilsyn og Garantifond

Tryg er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og er tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringsselskaber.

Behandling af personoplysninger og samtykke

På www.tryg.dk/personoplysninger kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger. Her finder du blandt andet information om til hvilket formål, vi behandler informationer om dig, hvor oplysningerne bliver registreret, og hvem oplysningerne eventuelt bliver videregivet til. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at vide mere.

Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger om dækningen på forsikringen kan fås på www.tryg.dk

Kend din forsikring

Din sundhedsforsikring består både af forsikringsaftale (policy) og forsikringsbetingelser.

Når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger, der er valgt for forsikringen.
- Når vi skriver du i forsikringsbetingelserne, mener vi den forsikrede person.
- Vær opmærksom på, hvad du selv skal sørge for, fx hvilken dokumentation du skal sende til os.
- Forsikringsaftalen viser, om din forsikring er købt som en obligatorisk eller frivillig forsikring/ordning.

Dækker arbejdsrelaterede skader og sygdomme

- Forsikringen dækker arbejdsrelaterede skader, symptomer og sygdomme. Dækningen er skattefri for medarbejderen.
- Der skal være en arbejdsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og skaden eller sygdommen for at benytte Sundhedsforsikring Arbejde. Forsikringen dækker ikke afklaring af, om det er en arbejdsrelateret sygdom eller skade, eksempelvis ved en forundersøgelse, scanning mm.
- Hvis sygdommen eller skaden er dækket af Sundhedsforsikring Fritid, kan sygdommen eller skaden ikke dækkes på denne forsikring.

Når du skal bruge din sundhedsforsikring

- Du skal være opmærksom på, at al behandling skal godkendes af os.
- Ved sygdom eller tilskadekomst, skal du kontakte din egen læge, før behandling kan startes.
- Hvis din egen læge mener, der er et behandlingsbehov, vil du få en henvisning til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning skal du have for at gøre brug af forsikringen.

Hvad skal du selv sørge for?

Der er en række forhold, du skal være opmærksom på og som kan have betydning for din ret til erstatning.

Som forsikringstager skal du:

- Sikre dig, at vi altid har den sidste nye liste over personer, som skal være omfattet af forsikringen. Derved sikrer du, at vi hurtigt og let kan hjælpe dine medarbejdere, når de kontakter os.
- Du kan altid til- og afmelde dine medarbejdere på Tryg.dk. Ellers kan du komme til at betale for behandlinger for medarbejdere, som ikke længere arbejder i din virksomhed.

Som medarbejder skal du:

- Sundhedsforsikring Arbejde er købt i forbindelse med dit ansættelsesforhold. Hvis du ikke længere er ansat hos den arbejdsgiver, som har købt forsikringen, skal du oplyse dette til vores sundhedsteam, hvis du anmelder en sag hos os.

Tryg Sundhedsteam

Du kan anmelde din sygdom eller skade på vores hjemmeside www.tryg.dk eller ved at kontakte vores Skadeafdeling på 70 11 20 20.

Indholdsfortegnelse

	Side		Side		Side
1. Hvis du får brug for din forsikring	4	3.1.4 Undersøgelser	6	5. Forsikringen dækker ikke	13
1.1 Lægehenvielse	4	3.1.5 Second opinion med konsultation	6		
1.2 Akutbehandling er ikke dækket	4	3.1.6 Behandlinger	6	6. Fællesbetingelser	14
1.3 Behandlingsbehovet	4	3.1.7 Tandbehandling pga. sygdom	6	6.1 Forsikringssum	14
1.4 Behandlingsmetoden	4	3.1.8 Efterkontrol	6	6.2 Forsikredes oplysningspligt	14
1.5 Behandlingsstedet	4	3.1.9 Genoptræning	6	6.3 Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab	14
1.6 Vi dækker i følgende lande	4	3.1.10 Ophold og forplejning	7	6.5 Justering af forsikringens pris	14
1.7 Oplysninger til brug for udbetaling	4	3.1.11 Hjælpe midler	7		
1.8 Erstatningen	4	3.1.12 Sygetransport (liggende)	7	7. Generelle forsikringsbetingelser	15
1.9 Vi skal have besked om ændringer i behandlingen	5	3.1.13 Psykiatrisk hjælp	7	7.1 Forsikringens betaling	15
1.10 Dækning	5	3.1.14 Krisehjælp	7	7.2 Forsikringens varighed og opsigelse	15
1.11 Udeblivelse fra behandling	5	3.1.15 Diagnosticeret ludomani	7	7.3 Gebyrer	15
1.12 Rejser m.v.	5	3.1.16 Smerteudredning	7	7.4 Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser	16
		3.1.17 Allergjudredning	7	7.5 Forsikring i andet selskab - dobbeltforsikring	16
2. Hvem og hvornår dækker din forsikring	5	4. Tilvalgsdækninger	8	8. Klagemulighed	16
		4.1 Fysiske behandlinger	8		
3. Sundhedsforsikring grunddækning	6	4.2 Psykologhjælp	9		
3.1 Sygdom og følger af skade	6	4.3 Misbrug	9		
3.1.1 Kroniske sygdomme	6	4.4 Tryk Læge Hotline	10		
3.1.2 Følgesygdomme til kroniske lidelser	6	4.5 Min Sundhedsprofil	10		
3.1.3 Kræft	6	4.6 Min Sundhedsprofil Plus	11		
		4.7 Tryk Sundhedstjek	12		

1. Hvis du får brug for din forsikring

1.1 Lægehenvi sning

Du skal altid have en henvisning fra din egen læge, der beskriver den arbejdsrelaterede sygdom eller skade, før behandlingen er dækket af forsikringen, medmindre der står andet i betingelserne.

Du skal ikke bruge en henvisning, hvis du skal til kiropraktor, akupunktør, zoneterapeut, øre-, næse-, og halslæge eller øjenlæge.

1.2 Akut behandling er ikke dækket

Udgifter til akut behandling, fx blodpropper, hjerneblødning, knoglebrud mv. er ikke dækket af denne forsikring. Har du brug for akut behandling, herunder skadestue, ambulance og vagtlæge, skal du derfor kontakte din egen læge, 112 eller vagtlægen i din region.

1.3 Behandlingsbehovet

Behovet for behandling afgøres af din egen læge/relevant speciallæge eventuelt i samråd med vores lægeteam.

1.4 Behandlingsmetoden

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os og være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan og nationale kliniske retningslinjer.

Specialeplanen er Sundhedsstyrelsens oversigt over, hvilke sygehuse og private hospitaler der må varetage de såkaldte specialfunktioner, fx udføre visse operationer og undersøgelser. Vi følger specialeplanen fra Sundhedsstyrelsen på patientsikkerhed og sikrer, at det er den rette speciallæge, der behandler dig.

Vi godkender kun behandling, der sker efter metoder, som er anerkendt af de offentlige myndigheder i de lande, hvor behandlingen finder sted. Endelig er det en betingelse, at der skal være overvejende sandsynlighed for, at behandlingen væsentligt og varigt kan kurere eller bedre sygdommen eller skaden.

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsmetoden, kan vi afvise dækning.

1.5 Behandlingsstedet

Vi anviser et behandlingssted inden for vores kvalitetssikrede netværk.

Inden for 10 arbejdsdage anviser vi en behandler/behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk, hvis det er muligt, og behandlingen er godkendt af os.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at behandlingsstedet er godkendt af de relevante offentlige myndigheder.

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.

1.6 Vi dækker i følgende lande

Forsikringen dækker udgifter til behandling i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Tyskland. Valg af behandlingssted sker efter aftale med os, jf. punkt 1.5.

Behandling på Grønland eller Færøerne er aldrig dækket.

1.7 Oplysninger til brug for udbetaling

Vi betaler rimelige og nødvendige udgifter til den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger.

Ved behandling på privathospital/privat klinik vil betaling ofte ske direkte mellem behandlingsstedet og os.

Vi forbeholder os ret til at modregne tilskud fra Sygesikringen "danmark" og/eller tilskud fra Den Offentlige Sygesikring, som du eventuelt har ret til.

1.8 Dækning

Vi dækker de faktiske udgifter til undersøgelse og behandling.

1.9 Vi skal have besked om ændringer i behandlingen

Vi skal straks orienteres, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os. Hvis det ikke sker, forbeholder vi os ret til at afvise dækning.

1.10 Betalingsgaranti

Vi har mulighed for at stille betalingsgaranti til den privatklinik eller det privathospital, hvor du bliver undersøgt eller behandlet.

1.11 Udeblivelse fra behandling

Vi betaler ikke for undersøgelse eller behandling, som du udebliver fra uden gyldig grund. Gyldig grund er dødsfald i nærmeste familie, trafikulykke eller lignende.

1.12 Rejser mv.

Ved skader eller sygdomme opstået på rejser eller ophold i udlandet dækkes behandlingen først ved hjemkomst til din faste bopæl.

2. Hvem og hvornår dækker din forsikring

2.1

Forsikringstager er den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med. Virksomheden skal være registreret med CVR-nr. i Danmark.

2.2

Forsikringen omfatter de personer, der er nævnt i forsikringsaftalen.

Forsikringen dækker udelukkende sygdomme og skader relateret til den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

2.3

Er du omfattet af en frivillig ordning, skal du være under 60 år, når du tilmeldes forsikringen.

2.4

Forsikrede skal have folkeregisteradresse i Danmark, Norge, Sverige, Finland eller Tyskland og være omfattet af landets sygesikringsordning.

Hvis du opholder dig på Grønland eller Færøerne, er du ikke omfattet af forsikringen - heller ikke, selvom du har folkeregisteradresse i Danmark.

2.5

Forsikringen gælder fra den dato, vi godkender tilmeldingen, eller den dato der fremgår på forsikringsaftalen.

Er du omfattet af en frivillig ordning, gælder det, at:

- Kommer du til skade, efter at du er blevet omfattet af forsikringen, dækker forsikringen med det samme
- Bliver du syg, kan du tidligst blive undersøgt/behandlet, når forsikringen har været i kraft i 2 måneder.

3. Sundhedsforsikring grunddækning

3.1 Sygdom og følger af skade

I forbindelse med behandling af sygdom og følger af, at du er kommet til skade, dækker vi dine udgifter til undersøgelser, behandlinger, medicin samt ophold og forplejning på privathospital/privat-klinik, som beskrevet i de følgende punkter.

Det er en betingelse for dækning, at udgifterne ligger på et niveau, der efter vores vurdering svarer til niveauet i det område eller land, hvor du bliver behandlet.

Nyopståede sygdomme og følger af skader, som opstår, når forsikringen er trådt i kraft, er dækket, se dog punkt 2.5.

Sygdomme/gener og følger af skader, der er opstået, symptomgivende og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft, er dækket, når forsikringen har været i kraft i 2 år, eller den periode som fremgår af din forsikringsaftale. Denne bestemmelse gælder for alle de følgende dækninger, med undtagelse af punkt 3.1.1 Kroniske sygdomme.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

3.1.1 Kroniske sygdomme

I op til 3 måneder efter diagnosticering dækker forsikringen behandling af kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft. Vi dækker medicin eller anden relevant behandling på privathospital/privat-klinik, hvis vi vurderer, at behandlingen væsentligt og varigt kan forbedre din helbredstilstand. Vi træffer vores afgørelse evt. i samråd med relevant speciallæge.

Forsikringen dækker aldrig kroniske sygdomme, som er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen er trådt i kraft.

Ved kroniske sygdomme forstår vi sygdomme, som læger vurderer som vedvarende, og som derfor ikke kan kureres.

Af kroniske sygdomme kan bl.a. nævnes:

Sukkersyge, dissemineret sclerose, leddegigt, Morbus Crohn, psoriasis.

3.1.2 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

Forsikringen dækker sygdomme diagnosticeret efter forsikringen er trådt i kraft, når vi vurderer, at behandlingen kan forbedre din helbredstilstand væsentligt og varigt. Vi træffer vores afgørelse evt. efter samråd med en relevant speciallæge.

For følgesygdomme til en kronisk lidelse, der er diagnosticeret før forsikringen trådte i kraft, gælder der en karenstid på 2 år.

3.1.3 Kræft

Ved behandling af kræftsygdomme, der indgår som et samlet forløb i det offentlige (pakkeforløb), skal det offentlige tilbud anvendes.

I særlige situationer kan vores lægeteam foretage en vurdering om behandling på privathospital i Norge, Sverige, Finland eller Tyskland.

Det er forudsætning for dækning, at

- sagen skal have været forelagt sundhedsvæsenets second opinion udvalg.
- behandlingstilbud i Danmark skal være udtømt.
- behandlingen skal forventes at kunne forbedre helbredstilstanden væsentligt.
- og patienten ikke er i terminal fase.

3.1.4 Undersøgelser

Forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, som er nødvendige for at stille en diagnose.

3.1.5 Second opinion med konsultation

Forsikringen dækker i visse tilfælde udgifterne til konsultation hos en relevant speciallæge, hvis:

- du har en særlig alvorlig sygdom/skade og/eller
- du skal gennemgå en særlig risikofyldt behandling, dvs. at behandlingen kan give alvorlige varige følger ud over den sygdom/skade, som du bliver behandlet for.

3.1.6 Behandlinger

Forsikringen dækker behandlinger, der er udført af relevante speciallæger, og som efter en lægelig vurdering vil kunne reducere sygdommen væsentligt eller helt kurere sygdommen.

Forsikringen dækker medicin under indlæggelse på privathospital/privat-klinik.

3.1.6.1 Kosmetiske behandlinger

Vi dækker kosmetiske operationer og behandlinger, hvis kriterierne for behandling i offentligt regi er opfyldt. Vi dækker også rekonstruktion af bryst efter fjernelse af tumor og behandling af direkte følger af sygdom eller skade.

3.1.6.2 Konservativ behandling

Forsikringen dækker konservativ behandling som alternativ til operation. Derudover dækker vi konservativ behandling, der er nødvendig forud for en operation for at opnå god effekt af operationen.

Forsikringen dækker behovsbestemt behandling op til 3 måneder uden yderligere vurdering. Efter 3 måneder foretages en lægefaglig vurdering med henblik på videre behandling eller behov for operation.

3.1.7 Tandbehandling pga. sygdom

Forsikringen dækker tandbehandling, som er ordineret af relevant speciallæge, når der er sket en skade på dine tænder på grund af behandling af en dækningsberettiget sygdom.

Forsikringen dækker udgifter op til 15.000 kr. pr. sygdom (indeksreguleres ikke).

3.1.8 Efterkontrol

Forsikringen dækker ambulant efterkontrol i forbindelse med behandling på privathospital/privat-klinik. Kontrollen skal være ordineret af en relevant speciallæge og være medicinsk relevant.

3.1.9 Genoptræning

Forsikringen dækker ambulant genoptræning direkte efter en dækningsberettiget behandling eller operation. Forsikringen dækker i op til 6 måneder pr. sygdom eller skade, når en genoptræning er nødvendig for den aktuelle behandling. Genoptræningen skal være ordineret af relevant speciallæge.

Genoptræningen dækker primært fysioterapi, ergoterapi eller talepædagogik, som foretages af faguddannet personale, der er anerkendt af offentlige myndigheder.

3.1.10 Ophold og forplejning

Forsikringen dækker dine udgifter til ophold og forplejning på behandlingsstedet i forbindelse med en dækket behandling på privat-hospital/privatklinik.

3.1.11 Hjælpemidler

Forsikringen dækker personlige hjælpemidler i op til 6 måneder, når det kan erstatte en operation eller er nødvendig i forbindelse med en dækningsberettiget behandling på privathospital/privatklinik. Hjælpemidlet skal være ordineret af relevant speciallæge.

3.1.12 Sygetransport (liggende)

Forsikringen dækker liggende sygetransport mellem hjemmet og behandlingsstedet, når du ikke kan transporteres som passager i bil, med offentlig transport eller lignende. Transporten skal være i forbindelse med dækningsberettiget operation på privathospital/privatklinik og skal ordineres af relevant speciallæge.

Transporten skal godkendes af os. Udgifter til taxa er ikke dækket.

3.1.13 Psykiatrisk behandling

Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation.

Vi dækker op til 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade. Vi dækker dog altid højst 12 konsultationer i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling uanset antal af sygdomme eller skader.

3.1.14 Krisehjælp

Forsikringen dækker op til 5 konsultationer psykologisk krisehjælp, hvis du har været involveret i eller har overværet en af følgende hændelser, og dette har medført en akut psykisk krise for dig:

- Alvorlig ulykke
- Krig, terrorhandling, naturkatastrofer eller epidemier
- Overværer en kollega eller et familiemedlems pludselige, uventede død
- Dødsfald i din nærmeste familie*
- Indbrud, brand, vold og overfald (forholdet skal være politianmeldt)
- Livstruende sygdom hos dig eller i din nærmeste familie*

*Din nærmeste familie er ægtefælle/samlever/registreret partner, børn, børnebørn, forældre og søskende.

Behandlingen skal være begyndt senest 3 uger efter, at hændelsen fandt sted og være afsluttet inden for 6 måneder.

Får du brug for psykologisk krisehjælp, skal du kontakte os, inden behandlingen starter. Vurderer vi, at du er berettiget til krisehjælp, vil vi finde en psykolog til dig. Behandlingen skal foregå i Danmark hos en psykolog i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk.

Vi dækker ikke udgifter til transport til og fra behandlingsstedet. Udgifterne til transport er dog dækket, hvis du pga. fysiske og/eller psykiske årsager ikke kan transportere dig til behandlingsstedet.

3.1.15 Diagnosticeret ludomani

Forsikringen dækker afvænning af diagnosticeret ludomani (dvs. pengespil), der er ordineret af relevant speciallæge og godkendt af vores sundhedsteam.

Forsikringen dækker udgifter for maks. 100.000 kr. pr. forsikrede (indeksreguleres ikke) samlet i hele den periode, hvor forsikringen er i kraft.

Du kan ikke få behandling for diagnosticeret ludomani dækket af denne forsikring de første 6 måneder, du indtræder i ordningen. Det gælder uanset anciennitetsbestemmelsen i de generelle betingelser.

Hvis du ikke har fået godkendelse inden påbegyndt behandling, kan vi forbeholde os ret til at afvise dækning.

3.1.16 Smerteudredning

Forsikringen dækker udredning af kroniske smerter på tværfaglig smerteklinik. Udredning af smerter i forbindelse med kræft skal foregå i offentligt regi.

Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge.

Forsikringen dækker udgifter for op til 15.000 kr. pr. sygdom eller skade (indeksreguleres ikke).

3.1.17 Allergjudredning

Forsikringen dækker udredning for allergi til at kunne stille en diagnose.

Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge.

Forsikringen dækker udgifter op til 15.000 kr. pr. sygdom (indeksreguleres ikke).

4. Tilvalgsdækninger

Punkt 4 omhandler dækninger, som du kan tilkøbe til Sundhedsforsikring. For alle disse dækninger gælder også betingelsernes punkt 1-3 og 5-8.

Hvis en tilvalgsdækning er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale.

Tilvalgsdækninger som kan vælges på forsikringen:

- Fysiske behandlinger
- Psykologhjælp
- Misbrug
- Tryg Læge Hotline
- Min Sundhedsprofil
- Min Sundhedsprofil Plus
- Tryg Sundhedstjek

4.1 Fysiske behandlinger

(Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale).

Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale.

Tilvalgsdækningen dækker kun arbejdsrelaterede skader, symptomer og sygdomme. Dækningen er skattefri for medarbejderen.

Tilvalgsdækningen dækker ikke afklaring af, om det er en arbejdsrelateret sygdom eller skade, eksempelvis ved en forundersøgelse, scanning mm.

4.1.1 Behandlingsformer

Forsikringen dækker følgende behandlingsformer:

- Fysioterapi. Det er et krav, at du har en lægehenviisning til fysioterapi
- Kiropraktik
- Akupunktur. Behandler skal være RAB-godkendt eller SA-godkendt
- Zoneterapi. Behandler skal være RAB-godkendt
- Osteopati. Det er et krav, at du har en lægehenviisning til fysioterapi. Behandler skal være SA-godkendt

Når vi kræver RAB-godkendelse, betyder det, at behandleren skal være Registreret Alternativ Behandler hos Sammenslutningen af Alternative Behandlere. Det sikrer dig, at behandleren lever op til en række faglige og uddannelsesmæssige krav.

SA-godkendelse betyder, at sundhedspersonalet, som fx læge, fysioterapeut eller sygeplejerske har opnået en godkendelse tilsvarende RAB-godkendelse hos Sammenslutningen af Alternative Behandlere, og lever op til samme krav som RAB-godkendte behandlere.

4.1.2 Fysioterapi og kiropraktik

Behandlingen skal sikre bedring af sygdommen eller skaden. Behandlingen skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Efter endt behandling skal du være symptomfri i 12 sammenhængende måneder, før behandling kan ydes for samme skade eller sygdom.

4.1.2.1 Behandling i Trygs netværk

Forsikringen dækker det antal behandlinger, du har behov for pr. sygdom eller skade.

For tilvalgsdækningerne Tryg Læge Hotline, Min Sundhedsprofil, Min Sundhedsprofil Plus og Tryg Sundhedstjek ophører dækningen, når dit ansættelsesforhold ophører, uanset om du har en igangværende og godkendt sag, inden ansættelsesforholdet ophørte.

For øvrige tilvalgsdækninger gælder, at vi dækker igangværende og godkendte sager i op til 6 måneder fra den dato, dit ansættelsesforhold ophører.

Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

Vi afregner direkte med behandleren.

4.1.2.2 Behandling uden for Trygs netværk

Hvis du vælger en behandler uden for vores netværk, dækker forsikringen 12 behandlinger pr. forsikringsår. Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

Du skal selv afregne med behandleren, og når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger til vores sundhedsteam.

Hvis behandleren ikke har ydernummer, giver vi tilskud svarende til den gældende overenskomst for behandlere med ydernummer.

4.1.3 Akupunktur, zoneterapi og osteopati

Behandlingen skal sikre bedring af sygdommen eller skaden. Behandleren skal enten være RAB-godkendt eller SA-godkendt.

Efter endt behandling skal du være symptomfri i 12 sammenhængende måneder, før behandling kan ydes for samme skade eller sygdom.

4.1.3.1 Behandling i Trygs netværk

Forsikringen dækker det antal behandlinger, du har behov for pr. sygdom eller skade.

Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

4.1.3.2 Behandling uden for netværk

Hvis du vælger en behandler uden for Trygs netværk, dækker forsikringen 12 behandlinger pr. forsikringsår.

Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam der vurderer og bevilger flere behandlinger.

Du skal selv afregne med behandleren og når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger til vores sundhedsteam.

Vi yder tilskud på 300 kr. pr. behandling (indeks 2017), dog maks. 50% af udgiften.

4.2 Psykologhjælp

(Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale).

Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale.

Tilvalgsdækningen dækker kun arbejdsrelaterede symptomer og sygdomme. Dækningen er skattefri for medarbejderen.

Tilvalgsdækningen dækker ikke afklaring af, om det er en arbejds- eller fritidsrelateret sygdom eller skade.

4.2.1 Lægehenvielse eller anbefaling

Du skal have en henvielse eller anbefaling fra din læge.

Efter endt behandling skal du være symptomfri i 12 sammenhængende måneder, før behandling kan ydes for samme skade eller sygdom.

4.2.2 Behandling i Trygs netværk

Forsikringen dækker de behandlinger, du har behov for pr. sygdom eller skade.

Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

Vi afregner direkte med behandleren.

Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke dækket.

4.3 Misbrug

(Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale).

Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale.

Forsikringen dækker lægeordineret behandling mod misbrug af:

- Alkohol
- Receptpligtig medicin
- Rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer

Behandling med antabus er dækket i op til 12 sammenhængende måneder fra første behandling.

Forsikringen dækker udgifter for maks. 100.000 kr. pr. forsikrede

4.1.4 Særlige krav til behandling

For al behandling gælder det, at:

- Behandlingen skal sikre progression/fremskridt
- Ved behov for vedvarende eller tilbagevendende behandling kan vi bede om en lægefaglig vurdering
- Akut behandling er ikke omfattet.
- Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke omfattet.

4.2.3 Behandling uden for Trygs netværk

Hvis du vælger en behandler uden for vores netværk, dækker forsikringen 12 behandlinger pr. forsikringsår.

Når dit behandlingsforløb er slut, afregner du selv med din behandler, og sender en kopi af alle originale regninger til vores sundhedsteam til refusion.

Benytter du en behandler udenfor vores netværk, og har du en henvielse fra din egen læge, dækker vi patientandelen af behandlingen.

Ved en anbefaling fra din læge eller psykolog uden ydernummer, giver vi tilskud på op til 800 kr. pr. konsultation (indeks 2017), dog maks. 50% af udgiften.

Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke dækket.

(indeksreguleres ikke) samlet i hele den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

Du kan ikke få misbrugsbehandling dækket af denne forsikring de første 6 måneder, du indtræder i ordningen. Det gælder uanset anciennitetsbestemmelsen i de generelle betingelser.

Hvis du ikke har fået godkendelse inden påbegyndt behandling, kan vi forbeholde os ret til at afvise dækning.

4.4 Tryg Læge Hotline

(Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale).

Hvad er Tryg Læge Hotline?

Tryg Læge Hotline er en videokonsultation med en speciallæge. Du kan kun benytte Tryg Læge Hotline uden for din egen læges åbningstid, hvis du har behov for lægehjælp inden for få timer. Det vil sige i tilfælde, som ikke kan vente til i morgen.

Se vores åbningstider i appen "TrygSundhed" eller på www.tryg.dk.

Lægen på Tryg Læge Hotline kan ikke besvare spørgsmål omkring din Sundhedsforsikring, eller oprette sager på forsikringen. Dette gør du på vores hjemmeside www.tryg.dk eller ved at kontakte vores sundhedsteam på 70 11 20 20 alle hverdage 8.00-17.00 eller på e-mail sundhed@tryg.dk.

Hvor finder jeg Tryg Læge Hotline?

Tryg Læge Hotline er tilgængelig via vores gratis app "TrygSundhed" på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte appen, kan du logge ind via www.tryg.dk. (Husk, at bruge google Chrome)

Husk før du kontakter Tryg Læge Hotline

- Vær sikker på, at din forsikring dækker Tryg Læge Hotline.
- Mål temperaturen, hvis du har mistanke om feber.
- Find medicin frem, hvis du bruger medicin.
- Du skal have dit CPR-nr. klar.

Hent app'en "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder speciallægeviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, der efter aftale med os, leverer flere af de sundhedsydelser, som vi tilbyder.

4.4.1 Hvem er omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de personer, der er nævnt i forsikringsaftalen samt disse personers egne eller ægtefælle/samlevers hjemmeboende biologiske børn og adoptivbørn, der er under 15 år. Plejebørn og stedbørn under 15 år kan være omfattet, hvis de har samme folkerøegisteradresse som den forsikrede person.

Ved henvendelse til Tryg Læge Hotline vedr. børn skal du bruge NemID for den person, som er nævnt i forsikringsaftalen.

Når du træder ud af firmaordningen /gruppeordningen (eksempelvis når du stopper dit ansættelsesforhold), mister du samtidig retten til dækning.

4.4.2 Dækning

Forsikringen dækker videokonsultation med en speciallæge i almen medicin uden for din egen læges åbningstid. Kontakt til Tryg Læge Hotline kan ske ved behov for lægehjælp inden for få timer. Det vil sige i tilfælde, som ikke kan vente til i morgen.

Forsikringen dækker ikke udgifter til medicin, hjælpemidler, transport eller anden relevant undersøgelse eller behandling på privat-hospital/privatklinik. Betaling for lægekonsultation sker direkte mellem lægen og os. Hvis du ønsker andre produkter eller ydelser hos leverandøren, afregner du direkte med denne.

Transport i forbindelse med en eventuel indlæggelse er ikke dækket af forsikringen, og arrangeres ikke af lægen, medmindre der er tale om akut indlæggelse via 112.

4.4.3 Tilgængelighed

Du kan kontakte Tryg Læge Hotline, når din egen læge har lukket. Se vores åbningstider på www.tryg.dk og i appen "TrygSundhed"

4.4.4 Akut behandling er ikke dækket

Udgifter til akut behandling er ikke dækket af denne forsikring. Ved behov for lægehjælp inden for få minutter skal du ringe 112.

4.4.5 Behandlingsbehovet

Via videokonsultationen hos Tryg Læge Hotline kommer du i kontakt med en speciallæge i almen medicin (ligesom din egen læge). Lægen hos Tryg Læge Hotline tager stilling til:

- Symptomer og evt. behandling
- Receptudskrivelse
- Behov for akut henvisning til undersøgelse i offentligt regi
- Hvorvidt videre undersøgelse eller behandling skal foregå via egen læge eller skadestue

Husk

Du skal altid henvende dig til din egen læge, når det drejer sig om at få fornyet recepter, eller konsultationen som kan vente til i morgen.

4.4.6 Behandlingsmetoden – krypteret videokommunikation

Hos Tryg Læge Hotline får du konsultation med en speciallæge i almen medicin via krypteret videokommunikation. Det betyder, at du har mulighed for at tale med lægen og vise lægen eventuelle symptomer via din pc, mobil eller tablet. Hvis lægen vurderer, at du har behov for medicin, kan recepten elektronisk overføres til dit nærmeste døgnapotek.

Lægen udskriver aldrig vanedannende medicin eller medicin med misbrugspotentiale, fx sovemedicin, beroligende medicin, morfika mv.

4.4.7 Vi dækker i følgende lande

Forsikringen dækker opkald fra forsikrede med bopæl i Danmark, der er omfattet af Den Offentlige Sygesikring.

Brug af Tryg Læge Hotline kan ske fra alle destinationer, hvor der er dækning på mobilnettet, uanset om du er hjemme eller i udlandet. Vær opmærksom på evt. tidsforskel fra opkald i udlandet.

Brug af Tryg Læge Hotline kræver, at du har adgang til den nødvendige internetforbindelse. Du betaler selv for omkostninger forbundet med denne forbindelse, da Tryg Læge Hotline ikke dækker evt. merudgifter på dataforbrug.

4.4.8

Her skal du altid bruge det offentlige sundhedstilbud:

- Receptfornyelse
- Ikke akut sygdomsbehandling og undersøgelse
- Råd og vejledning om, hvad du selv kan gøre ved almindelige sygdomme og gæner
- Hjælp og støtte ved sygdom
- Kontakt med anden speciallæge end en speciallæge i almen medicin, eksempelvis psykiatri
- Ved behov for fysiske undersøgelse/udredning mm.
- Vejledning omkring kroniske sygdomme eller tilstande
- Vejledning om kosmetiske eller forebyggende undersøgelse eller behandling
- Almindelig kontrol efter operation
- Spørgsmål/vejledning om genoptræning, hjælpemidler, syge-transport eller alternativ behandling
- Spørgsmål/vejledning omkring misbrug
- Henvisninger til behandling via din Sundhedsforsikring – kontakt din egen læge

4.5 Min Sundhedsprofil

(Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale).

Hvad er Min Sundhedsprofil?

Min Sundhedsprofil er et personligt værktøj, som kan hjælpe og motivere til en sund livsstil i forhold til kost, rygning, alkohol, motion og stress.

Hvor finder jeg Min Sundhedsprofil?

Min Sundhedsprofil er tilgængelig via vores gratis app "TrygSundhed" på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte appen, kan du logge ind via www.tryg.dk

Hent app'en "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Din sundhedstilstand er personlig og behandles fortroligt. Vi eller din arbejdsgiver kan ikke få oplysninger om dig eller din sundhedstilstand.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder specialistviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, der leverer flere af de sundhedsydelser, som vi tilbyder.

4.5.1 Hvem er omfattet

Forsikringen omfatter kun de personer, der er nævnt i forsikringsaftalen.

Du skal være over 18 år for at bruge forsikringen.

Når du træder ud af firmaordningen /gruppeordningen, (eksempelvis når du stopper dit ansættelsesforhold), mister du samtidig retten til dækning.

4.5.2 Dækning

Min Sundhedsprofil er et personligt værktøj, som kan hjælpe og motivere til en sund livsstil i forhold til kost, rygning, alkohol, motion og stress.

Ud fra en række spørgsmål får du en rød, gul eller grøn indikation på din livsstil sammen med gode råd om, hvordan du kan komme i gang med en eventuel livsstilsændring.

4.6 Min Sundhedsprofil Plus

(Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale).

Hvad er Min Sundhedsprofil Plus?

Min Sundhedsprofil Plus er videokonsultation med en diætist eller fysioterapeut, som kan hjælpe dig med faglig sparring omkring kost og motion. Min sundhedsprofil Plus er et tillæg til Min Sundhedsprofil.

Behandleren på Min Sundhedsprofil Plus kan ikke besvare spørgsmål omkring din Sundhedsforsikring eller oprette sager på forsikringen. Dette gør du på vores hjemmeside www.tryg.dk eller ved at kontakte Tryg Sundhedsteam på 70 11 20 20 alle hverdage 8.00-17.00 eller på e-mail: sundhed@tryg.dk.

Se vores åbningstider i appen "TrygSundhed" eller på www.tryg.dk.

Hvor finder jeg Min Sundhedsprofil Plus?

Min Sundhedsprofil Plus er tilgængelig via vores gratis app "TrygSundhed" på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte appen, kan du logge ind via www.tryg.dk

Hent app'en "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Din sundhedstilstand er personlig og behandles fortroligt. Vi eller din arbejdsgiver kan ikke få oplysninger om dig eller din sundhedstilstand.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder specialistviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, der efter aftale med os, leverer flere af de sundhedsydelser, som vi tilbyder.

4.6.1 Hvem er omfattet

Forsikringen omfatter kun de personer, der er nævnt i forsikringsaftalen.

Du skal være over 18 år for at bruge forsikringen.

Når du træder ud af firmaordningen /gruppeordningen (eksempelvis når du stopper dit ansættelsesforhold), mister du samtidig retten til dækning.

4.6.2. Dækning

Forsikringen dækker op til 5 videokonsultationer pr. forsikringsår med enten diætist eller fysioterapeut. De vil besvare dine spørgsmål omkring kost og motion, og hjælpe hvis du er motiveret for en sund livsstil og har behov for faglig sparring til din opstart.

En konsultation kan vare op til 15 minutter. Varer behandlingen længere, tæller hver påbegyndte 15. minut som en ny konsultation.

4.6.3 Hvad kan jeg benytte Min Sundhedsprofil Plus til?

Du kan enten få videokonsultation med en diætist eller en fysioterapeut.

Diætisten rådgiver bl.a. om:

- Livsstil
- Diabetes
- Vægttab
- Irritabel tarmsyndrom
- Laktoseintolerance
- Glutenintolerance
- Vægtøgning

Fysioterapeuten rådgiver bl.a. om:

- Vægttab
- Aktiv hverdag
- Stillesiddende arbejde
- Tag træning med på rejsen
- Ski uden skader
- Kom i gang med løb
- Kontorspændinger i nakken
- Styrk din ryg

Du bestiller tid til at blive kontaktet af livsstilseksperterne i Trygs netværk via appen "TrygSundhed".

Husk at bruge familie og venner

Motivation og opbakning får du bedst af din familie og venner. Min sundhedsprofil Plus tilbyder dig sparring med fagpersoner inden for kost og motion og ikke opfølgende samtaler.

4.6.4 Sådan bruger du Min Sundhedsprofil Plus

1. Gå ind på appen "TrygSundhed", og log på med dit NemID.
2. Udfyld Min Sundhedsprofil, inden du benytter Min Sundhedsprofil Plus.
3. På Min Sundhedsprofil Plus skal du besvare nogle ekstra spørgsmål rettet mod kost og motion.
4. Herefter kan du booke tid til en videokonference med diætist eller fysioterapeut.
5. Diætisten eller fysioterapeuten vil derefter kontakte dig.

4.6.5 Min Sundhedsprofil Plus tilbyder ikke:

- Gentagende motiverende samtaler og løbende kontroller ved fx vægttab
- Rådgivning, der vedrører andre end den person, som fremgår på forsikringsaftalen

Diætist- og Fysioterapirådgivning indeholder aldrig:

- Lægefaglig vejledning eller rådgivning omkring sygdom, symptomer eller genoptræning efter operation/behandling
- Akut sygdom eller skader
- Udskrivning af recepter
- Fysiske behandlinger
- Mulighed for at få stillet en diagnose
- Kontakt med en læge
- Spiseforstyrrelser

4.8 Tryg Sundhedstjek

(Hvis dækningen er valgt, fremgår den af din forsikringsaftale).

Hvad er Tryg Sundhedstjek?

Tryg Sundhedstjek er et årligt mini sundhedstjek ved en sygeplejerske kombineret med en motiverende samtale. Det er din arbejdsgiver, der laver aftalen, og kan svare på spørgsmål omkring hvor og hvornår du kan få Tryg Sundhedstjek.

Inden dit Tryg Sundhedstjek skal du udfylde Min Sundhedsprofil i vores app "TrygSundhed" på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte appen, kan du logge ind via www.tryg.dk

Hent app'en "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Din sundhedstilstand er personlig og behandles fortroligt. Vi eller din arbejdsgiver kan ikke få oplysninger om dig eller din sundhedstilstand.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder specialistviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, der leverer flere af de sundhedsydelser, som vi tilbyder.

4.7.1 Hvem er omfattet

Forsikringen omfatter kun de personer, der er nævnt i forsikringsaftalen.

Du skal være over 18 år for at bruge forsikringen.

Når du træder ud af firmaordningen /gruppeordningen (eksempelvis når du stopper dit ansættelsesforhold), mister du samtidig retten til dækning.

4.7.2 Dækning

Tryg Sundhedstjek er et årligt sundhedstjek kombineret med en motiverende samtale hos en af vores samarbejdspartnere. Et Tryg Sundhedstjek tager ca. 15 minutter i alt.

Forsikringen dækker ikke transport i forbindelse med sundhedstjekket.

Din arbejdsplads arrangerer dit Tryg Sundhedstjek og informerer om, hvordan du melder dig til.

4.7.3 Det sker til dit Sundhedstjek

Fysisk måling

Den fysiske undersøgelse varetages af en sygeplejerske, som måler:

- Blodtryk
- Puls
- Kolesterol, total

- Blodsukker
- Talje
- Fedtprocent

Personlig samtale

På baggrund af den fysiske måling får du en personlig samtale med en sygeplejerske omkring din sundhedstilstand. Samtalen vil være individuel, men kan fx indeholde:

- En gennemgang af resultaterne af den fysiske måling
- Gode råd om forebyggelse – hvad skal du være opmærksom på i forhold til livsstil
- En konkret handleplan til en sundere livsstil

4.7.4 Før dit Tryg Sundhedstjek

1. Hent vores gratis app "TrygSundhed", og log på med dit NemID.
2. Udfyld Min Sundhedsprofil.

4.7.5 Tryg Sundhedstjek dækker ikke:

- Vejledning omkring sygdom eller symptomer
- Hjælp til akutte sygdomme eller skader
- Udskrivning af recepter
- Diagnostisering eller henvisninger til behandling
- Kontakt med en læge
- Omkostninger i forbindelse med transport.

Har du behov for lægehjælp, skal du kontakte din egen læge, og ved akut sygdom eller skade skal du ringe 112.

4.7.6 Rapportering

Din sundhedstilstand er personlig og behandles fortroligt. Hvis du har fået dit sundhedstjek via en større gruppe/virksomhedsordning, får din virksomhed en anonym og helt overordnet rapport, hvis der har været mere end 49 personer tilknyttet virksomheden igennem sundhedstjekket. Rapporten giver et meget generelt billede af sundhedstilstanden i virksomheden og foreslår tiltag, der kan understøtte en sundere livsstil på din arbejdsplads. Rapporten vil aldrig vise data om dig personligt for Tryg eller for din arbejdsgiver.

5. Forsikringen dækker ikke

5.1

Udgifter til konsultation og/eller behandling

- hos alm. praktiserende læger
- hos naturlæger eller andre alternative behandlere
- du selv udfører, eller som udføres af din ægtefælle/samlever, dine forældre eller dine børn eller en virksomhed, der tilhører en af disse

5.1.2

Udgifter til:

- Alle former for attester
- Alle former for forebyggende behandling
- Organtransplantation
- Dialysebehandling
- Alle former for fedmeoperationer
- Synskorrekationer og behandling af skelen
- Ophold på hospice

5.1.3 Sygdomme eller tilstande, der ikke er dækket

- Misbrugslidelser, medmindre tilvalgsdækningen Misbrug er valgt
- Spiseforstyrrelser
- "Pakkeforløb" i offentligt regi, fx kræftudredning
- Akut sygdom og skade
- Psykiske sygdomme

5.2

Forsikringen dækker ikke behandling af sygdom eller skader, der direkte eller indirekte skyldes:

5.2.1

- Selvforskyldt legemsbeskadigelse der er fremkaldt med forsæt eller grov uagtsomhed
- Selvforskyldt beruselse eller påvirkning af alkohol, narkotika og andre euforiserende stoffer
- Deltagelse i strafbare handlinger

5.2.2

Udøvelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sport udøvelse, som du modtager betaling for og overvejende kan leve af.

5.2.3

Militærtjeneste.

5.1.4

Alle former for behandling/udredning i forbindelse med seksualitet, fertilitet og graviditet samt følger heraf, herunder:

- Behandling af seksuel dysfunktion
- Behandling af kønssygdomme og AIDS samt forstadier og følgesygdomme af disse
- Prævention og sterilisation
- Behandling efter såvel provokeret som uprovokeret abort
- Behandling og undersøgelse i forbindelse med graviditet
- Undersøgelse og kontrol under graviditet
- Fødsel og efterbehandling

5.1.5

Alle former for tandbehandling, herunder tandproteser og parodontosebehandling, er undtaget, medmindre behandlingen er omfattet af pkt. 3.1.7

5.2.4

Krig, krigslignende handlinger, neutralitetskrænkelser, borgerkrig, oprør, borgerlige uroligheder, beslaglæggelse eller revolution.

5.2.5

Følger af atomkernereaktioner og radioaktivt henfald, uanset om sygdommen/tilskadecomsten sker i krigstid eller i fredstid.

Forsikringen dækker dog udredning af sygdom eller skade, der sker i forbindelse med kernereaktioner, når disse bliver anvendt til sædvanligt industrielt, medicinsk eller videnskabeligt formål. Anvendelsen skal følge aktuelle forskrifter og ikke stå i forbindelse med reaktor- eller acceleratordrift.

5.2.6

Epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

6. Fællesbetingelser

6.1 Forsikringssum

Vores maksimale dækning pr. person pr. forsikringsår står i forsikringsaftalen.

6.1.2

Hvis en person opbruger sin årlige forsikringssum, dækker vi ikke yderligere for personen i forsikringsåret.

6.1.3

Hvis der både er indgået aftale om Sundhedsforsikring Arbejde og Sundhedsforsikring Fritid vil summen være én samlet forsikringssum. Den samlede dækning for Sundhedsforsikring Arbejde og Sundhedsforsikring Fritid kan derfor ikke overstige denne sum.

6.2 Forsikredes oplysningspligt

6.2.1

Du har pligt til at afgive de oplysninger, som vi finder nødvendige for at afgøre, om og i hvilket omfang vi dækker udredning og behandling.

6.2.2

Du har pligt til at afgive navn, adresse og telefonnummer på hospital, læger og andre behandlere, der har eller vil få kendskab til dit helbred.

Vi har ret til at søge oplysninger hos disse læger og behandlere, og forelægge dem de oplysninger, som du har givet os.

6.2.3

Vi kan kun indhente yderligere lægelige oplysninger med dit skriftlige samtykke.

6.3 Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab

6.3.1

Vi tilbyder at overtage anciennitet fra tidligere tilsvarende forsikringer ved ubrudt forsikringsforhold. Det betyder, at forsikringen skal fortsætte hos os fra den dato, hvor den ophører fra dit tidligere forsikringsselskab. Er der tale om et brudt forsikringsforhold, bliver dækningen hos os betragtet som en helt ny forsikring.

Forsikringen dækker ikke undersøgelser, der er i gang hos tidligere forsikringsselskab, når Sundhedsforsikring købes.

Der kan ikke ske overførsel af anciennitet fra en Diagnoseforsikring (eller anden lignende forsikring som Sundhed Basisforsikring) til en Sundhedsforsikring.

6.4 Forsikringens ophør

6.4.1

Forsikringen ophører:

- Hvis du træder ud af firmaordningen/gruppeordningen.
- Senest ved udgangen af den måned, du fylder 70 år, hvis du er omfattet af en frivillig ordning.

6.4.2

Når du træder ud af firmaordningen, kan du videreføre din forsikring på vores individuelle vilkår til vores individuelle pris og efter aftale med os.

Ønske om videreførelse skal ske inden eller direkte i forbindelse med udmeldelse af den hidtidige forsikring.

6.4.3

Når forsikringen stopper, mister du samtidig retten til dækning. Sygdom, der er opstået og anmeldt i forsikringstiden, er dækket i indtil 6 måneder efter, at forsikringen er stoppet.

6.5 Justering af forsikringens pris

6.5.1

Prisen beregnes ud fra alder på de forsikrede, virksomhedens DB brancheklassifikation (Dansk Branchekode), virksomhedens geografiske beliggenhed og antal ansatte på forsikringsaftalen, medmindre andet fremgår af din forsikringsaftale.

Prisen bliver justeret en gang om året på forsikringens første forfaldsdato i forsikringsåret.

Forsikringssummer indeksreguleres, medmindre andet fremgår af forsikringsbetingelserne eller forsikringsaftalen. Indeksreguleringen sker hvert år den 1. januar.

Prisen indeksreguleres en gang om året på forsikringens første betalingsdag i kalenderåret.

6.5.2 Indeksregulering

Indeksregulering følger "Lønindeks for den private sektor", der er udregnet af Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen, har vi ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

7. Generelle forsikringsbetingelser

7.1 Forsikringens betaling

Forsikringen betales en eller flere gange om året. På din forsikringsaftale kan du se, hvad der er valgt.

7.1.1

Første betaling til os skal betales, når forsikringen træder i kraft. Senere opkrævninger skal betales på de forfalds- eller ændringsdatoer, som fremgår af forsikringsaftalen. Udover præmien opkræves eventuelle afgifter, for eksempel skadeforsikringsafgift og statsafgift samt gebyrer, morarenter og andre omkostninger.

Vi opkræver betalingen via Betalingsservice, indbetalingskort eller efter aftale på anden vis. Opkrævningen sendes til den betalingsadresse, vi er blevet oplyst. Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked.

Hvis forsikringen ikke betales senest sidste rettidige indbetalingsdag, sender vi en rykkerskrivelse med oplysning om, at forsikringens dækning ophører, hvis forsikringen ikke betales senest 21 dage efter, at rykkerskrivelsen er sendt.

7.2 Forsikringens varighed og opsigelse

7.2.1 Forsikringens varighed

Forsikringens aftaleperiode fremgår af forsikringsaftalen.

Ved aftaleperiodens udløb fortsætter forsikringen uændret i en tilsvarende periode.

7.2.2

Forsikringen kan opsiges med en måneds skriftligt varsel til førstkommande (hoved)forfaldsdato af forsikringstager eller os.

Opsigelsen eller ændringen i forsikringen kan indføres fra skaden anmeldes og til senest 1 måned efter, at erstatningen er udbetalt eller skaden er afvist.

7.2.5.1

Hvis forsikringstager ikke godkender ændringen af forsikringen, skal forsikringen opsiges skriftligt inden ændringsdatoen. Sker dette ikke, betragtes ændringen som accepteret og forsikringen fortsætter på de ændrede vilkår.

7.2.3 Opsigelse eller ændringer ved skade

Når en skade er anmeldt, kan vi opsiges eller indføre ændringer i forsikringen, herunder pris og selvrisiko, med 14 dages varsel.

7.3 Gebyrer

Vi er berettiget til at beregne gebyrer til hel eller delvis dækning af omkostningerne ved fx opkrævninger, rykkerskrivelser, inkasso, udpantning, udbetalinger, print og behandling af dokumenter, oversigter, besigtigelser, ekspeditioner og ydelser i forbindelse med forsikrings- og skadebehandling.

7.3.1

Vi kan ændre eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer, når det er begrundet i;

- Omkostningsmæssige årsager – fx hvis flere processer eller ydelser digitaliseres, eller der indføres flere selvbetjeningsløsninger
- Forretningsmæssige årsager – fx for at udnytte ressourcer eller kapacitet på en mere hensigtsmæssig måde, eller for at ændre den generelle gebyrstruktur
- Markeds-mæssige årsager – fx hvis grundlaget for gebyret har ændret sig, eller hvis vi ser en ændret kundefærd.

7.3.2

Nye gebyrer og ændringer af eksisterende gebyrer varsler vi via vores hjemmeside med 1 måneds varsel til den første dag i en måned.

Vi kan uden varsel sætte gebyrer ned.

Du kan altid få gældende gebyrer oplyst på www.tryg.dk eller ved at henvende dig til os.

7.4 Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser

Vi kan uden varsel, foretage mindre ændringer af prisen med virkning fra forsikringens førstkomende forfaldsdato, dog højst med 5% årligt. Ændringen kan ske udover indeksregulering og ændringer begrundet i ændret lovgivning. Sker dette kan forsikringen opsiges skriftligt af forsikringstageren indenfor 14 dage fra modtagelsen af opkrævningen.

7.4.1

Ændring af prisen for forsikringen udover ovennævnte, som ikke er begrundet i ændringer i lovgivningen eller indeksregulering, skal varsles skriftligt senest 1 måned før forsikringens (hoved)forfaldsdato.

7.4.2

Ændring af forsikringsbetingelserne, der ikke er begrundet i ændringer i lovgivningen og/eller som blot har præciserende karakter, skal varsles skriftligt senest 1 måned før forsikringens (hoved)forfaldsdato.

7.4.3

Hvis forsikringstager ikke ønsker at acceptere de varslede ændringer skal forsikringen opsiges skriftligt senest 14 dage inden ændringsdatoen. I modsat fald fortsætter forsikringen på de ændrede vilkår og/eller til den ændrede pris.

7.5 Forsikring i andet selskab – dobbeltforsikring

Hvis der er tegnet forsikring mod samme type skade i et andet forsikringsselskab, foreligger der dobbeltforsikring, og skaden skal samtidig anmeldes til begge selskaber.

Vi betaler ikke erstatning for skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet forsikringsselskab. Har det andet selskab begrænset dækning i tilfælde af dobbeltforsikring, gælder

de samme begrænsninger i denne forsikring. Dermed er vi og det andet forsikringsselskab forpligtede til at betale forholdsmæssig erstatning, hvis skaden er dækket af forsikringen.

8. Klagemulighed

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din forsikringssag.

Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du kontakte Kvalitetsafdelingen, som er den afdeling hos os, der har ansvaret for behandling af klager.

Adressen er:

Tryg Postkode J22
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

E-mail: Kvalitet@tryg.dk

Fører henvendelsen til Kvalitetsafdelingen ikke til et resultat, du er tilfreds med, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V

Tlf. 33 15 89 00 mellem 10.00-13.00
www.ankeforsikring.dk

En klage til Ankenævnet skal sendes på et specielt skema, som du kan få i vores Kvalitetsafdeling eller hos Ankenævnet. Det koster et mindre beløb at klage til Ankenævnet.

Hvis uenigheder om forsikringsaftalen bringes for retten, afgøres uenighederne efter dansk ret ved danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.