

Sundhedsforsikring Arbejde

Forsikringsbetingelser nr. SA1706

Aftalegrundlag

Forsikringen 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.

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 dækningerne på forsikringen kan fås på www.tryg.dk.

Din Sundhedsforsikring består af din forsikringsaftale (policy) og dine forsikringsbetingelser

Husk, når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger forsikringstager har valgt for forsikringen.
- Når vi skriver du i forsikringsbetingelserne, mener vi den forsikrede person.
- I forsikringsbetingelsernes afsnit 7-10 kan du læse, hvad forsikringen dækker.
- Vi benytter behandlere og leverandører fra vores kvalitetssikrede og landsdækkende netværk, og vi kan derfor henvise dig til dem.

Hvad du som forsikringstager selv skal sørge for

Oplysningerne om din virksomhed ligger til grund for dækning og erstatning. Det er vigtigt, at du straks giver os besked, hvis der er

- forkerte oplysninger i policen,
- ændringer i betalingsadressen,
- ændringer i antal forsikrede, eller
- ændring af virksomhedens art.

Forsikringstager kan til- og afmelde medarbejdere på www.tryg.dk.

Hvad du som medarbejder selv skal sørge for

Din Sundhedsforsikring 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.

Forsikringen er delvist skattepligtig, og din arbejdsgiver opgiver de skattemæssige forhold til SKAT.

Hvis du får brug for hjælp

Kontakt altid os for at anmelde skaden på 70 11 20 20 eller via www.tryg.dk.

Indholdsfortegnelse

1.	Hvad skal forsikringstager selv sørge for	Side 4	7.3	Kræft	Side 7	10.	Misbrug	Side 10
2.	Hvem er omfattet	4	7.4	Undersøgelser	7	11.	Hvis skaden sker	10
3.	Hvad dækker forsikringen	4	7.5	Second opinion med konsultation	7	12.	Fællesbetingelser	11
4.	Hvor gælder forsikringen	4	7.6	Behandlinger	7	12.1	Forsikringssum	11
5.	Hvornår gælder forsikringen	5	7.7	Tandbehandling pga. sygdom	7	12.2	Forsikredes oplysningspligt	11
6.	Generelle undtagelser	5	7.8	Efterkontrol	7	12.3	Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab	11
6.1	Årsagssammenhæng	5	7.9	Genoptræning	7	12.4	Forsikringens ophør	11
6.2	Akut behandling	5	7.10	Ophold og forplejning	8	12.5	Justering af forsikringens pris	12
6.3	Udeblivelse fra behandling	5	7.11	Hjælpe midler	8	13.	Generelle betingelser	12
6.4	Valg af behandlinger	5	7.12	Sygetransport (liggende)	8	13.1	Forsikringens betaling	12
6.5	Behandlinger	5	7.13	Psykiatrisk behandling	8	13.2	Forsikringens varighed og opsigelse	12
6.6	Sygdomme eller tilstande, der ikke er dækket	5	7.14	Krisehjælp	8	13.3	Gebyrer	12
6.7	Seksualitet, fertilitet og graviditet mv.	5	7.15	Misbrug	8	13.4	Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser	13
6.8	Grov uagtsomhed, beruselse m.m.	6	7.16	Smerteudredning	8	13.5	Forsikring i andet selskab – dobbeltforsikring	13
6.9	Attester	6	7.17	Allergjudredning	9	14.	Klagemulighed	13
6.10	Krig og lignende	6	8.	Fysiske behandlinger	9			
7.	Sundhedsforsikring	6	8.1	Behandlingsformer	9			
7.1	Sygdom og følger af skader	6	8.2	Særlige krav til behandling	9			
7.2	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	7	8.3	Fysioterapi og kiropraktik	9			
			8.4	Akupunktur, zoneterapi, osteopati og kranio-sakral terapi	9			
			9.	Psykologhjælp	10			
			9.1	Særlige krav til behandling	10			
			9.2	Behandling i Trygs netværk	10			
			9.3	Behandling uden for Trygs netværk	10			

1. Hvad skal forsikringstager selv sørge for

Forsikringstager skal give os besked, hvis der sker følgende ændringer:

- Forkerte oplysninger i forsikringsaftalen
- Ændringer i betalingsadressen
- Ændringer i hvem der er forsikrede
- Væsentlige ændringer i antal forsikrede (10% eller mere)
- Ændring af virksomhedens art

Det er vigtigt, at forsikringstager giver os besked, hvis der sker ændringer i de forhold, der er nævnt ovenfor, da de kan have betydning for dækningen eller prisen på forsikringen.

Desuden kan manglende besked til os medføre, at retten til dækning helt bortfalder.

2. Hvem er omfattet

Forsikringen dækker den personkreds, der er nævnt på forsikringsaftalen som forsikrede.

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

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

3. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker udelukkende sygdomme og skader relateret til arbejdet i virksomheden, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

3.1 Lægehenviisning

Du skal altid have en henvisning fra din egen læge, der beskriver den arbejdsrelaterede sygdom/skade, før behandlingen er dækket af forsikringen.

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

3.2 Udgifter til behandling

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

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

Ved behandling på privathospital/privat klinik vil betaling ofte ske direkte mellem behandlingsstedet og os. Vi har mulighed for at stille betalingsgaranti til den privatklinik eller det privathospital, hvor du bliver undersøgt eller behandlet.

4. Hvor gælder forsikringen

Forsikringen dækker udgifter til behandling i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Tyskland.

Behandling på Grønland eller Færøerne er aldrig dækket.

5. Hvornår gælder forsikringen

5.1

Forsikringen træder i kraft den dag, vi har godkendt tilmeldingen, eller på den senere dato som står i forsikringsaftalen.

5.2

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

6. Generelle undtagelser

6.1 Årsagssammenhæng

Forsikringen dækker ikke afklaring af, om det er en arbejdsrelateret sygdom eller skade, fx ved en forundersøgelse og scanning.

Hvis årsagen til skaden/sygdommen er fritidsrelateret, er skaden/sygdommen ikke omfattet af denne forsikring.

6.2 Akut behandling

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.

6.3 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.

6.4 Valg af behandler

Forsikringen dækker ikke 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
-

6.5 Behandlinger

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- Ophold på hospice
- Alle former for forebyggende behandling
- Alle former for fedmeoperationer

- Alle former for tandbehandling, herunder tandproteser og parodontosebehandling, er undtaget, medmindre behandlingen er omfattet af pkt. 7.1.7.
-

6.6 Sygdomme eller tilstande, der ikke er dækket

- Misbrugslidelser, medmindre tilvalgsdækningen Misbrug er valgt
- Spiseforstyrrelser
- Lidelser omfattet af pakkeforløb i offentligt regi, fx kræft-udredning
- Psykiske sygdomme

- Organtransplantation
 - Dialysebehandling
 - Synskorrekationer og behandling af skelen
-

6.7 Seksualitet, fertilitet og graviditet mv.

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
-

6.8 Grov uagtsomhed, beruselse m.m.

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

6.8.1

Selvforskyldt legemsbeskadigelse der er fremkaldt med forsæt eller grov uagtsomhed.

6.8.2

Selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika eller andre euforiserende stoffer.

6.8.3

Deltagelse i strafbare handlinger.

6.8.4

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

6.8.5

Militærtjeneste.

6.9 Attester

Forsikringen dækker ikke udgifter til alle former for attester.

6.10 Krig og lignende

Forsikringen dækker ikke skade/sygdom, der skyldes:

6.10.1

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

Forsikringen dækker dog udredning af skade/sygdom, 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 accelerator drift.

6.10.2

Krig eller krigslignende tilstande, herunder borgerkrig.

6.10.3

Epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

7. Sundhedsforsikring

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

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/privatklinik, 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 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 7.1.1 Kroniske sygdomme.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

7.1 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/privatklinik, 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 forstås 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.

7.2 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.

7.3 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.

7.4 Undersøgelser

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

7.5 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.

7.6 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/privatklinik.

7.1.6.1 Kosmetiske behandlinger

Forsikringen 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.

7.1.6.2 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.

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

7.7 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.

7.8 Efterkontrol

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

7.9 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.

7.10 Ophold og forplejning

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

7.11 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.

7.12 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.

7.13 Psykiatrisk behandling

Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation.

Vi dækker 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.

7.14 Krisehjælp

Forsikringen dækker 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, terrorhandlinger, 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.

7.15 Diagnosticeret ludomani

Forsikringen dækker afvænningsbehandling 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 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.

7.16 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.

7.17 Allergjudredning

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

Forsikringen dækker udgifter op til 15.000 kr. pr. sygdom.

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

8. Fysiske behandlinger

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

8.1 Behandlingsformer

Forsikringen dækker følgende behandlingsformer:

- Fysioterapi. Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning 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 lægehenvi-
sning til fysioterapi og at behandler er medlem af Registrerede
Osteopater Danmark.
- Kranio-sakral terapi. Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning til fysioterapi og at behandler er medlem af Registrerede
Osteopater Danmark.

8.2 Særlige krav til behandling

For al behandling gælder det, at:

- Behandlingen skal sikre progression/bedring.
- Efter endt behandling skal der gå 12 sammenhængende måne-
der, før behandling kan ydes for samme skade eller sygdom.
- Ved behov for vedvarende eller tilbagevendende behandling
kan vi bede om en lægefaglig vurdering.

- Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere
behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer
og bevilger flere behandlinger.
- Akut behandling er ikke omfattet.
- Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke omfattet.

8.3 Fysioterapi og kiropraktik

8.3.1 Behandling i Trygs netværk

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

Vi afregner direkte med behandleren.

Du skal selv afregne med behandleren, og når dit behandlingsfor-
løb 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.

8.3.2 Behandling uden for Trygs netværk

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

8.4 Akupunktur, zoneterapi, osteopati og kranio-sakral terapi

8.4.1 Behandling i Trygs netværk

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

Vi afregner direkte med behandleren.

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

Vi yder tilskud på op til 300 kr. pr. behandling.

8.4.2 Behandling uden for Trygs netværk

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

9. Psykologhjælp

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

9.1 Særlige krav til behandling

For al behandling gælder det, at:

- Du skal have en henvisning eller anbefaling fra din læge.
- Efter endt behandling skal der gå 12 sammenhængende måneder, før behandling kan ydes for samme skade eller sygdom.

- Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer og bevilger flere behandlinger.
- Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke dækket.

9.2 Behandling i Trygs netværk

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

Vi afregner direkte med behandleren.

9.3 Behandling uden for Trygs netværk

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

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

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

Ved en anbefaling fra din læge eller psykolog uden ydernummer, giver vi tilskud på op til 800 kr. pr. konsultation.

10. Misbrug

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

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.

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.

Forsikringen dækker udgifter for maks. 100.000 kr. pr. forsikrede samlet i hele den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

11. Hvis skaden sker

11.1 Anmeldelse af skade

Du kan anmelde skaden ved at kontakte os på tlf. 70 11 20 00 eller via www.tryg.dk

11.2 Behandlingsbehov

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

11.3 Behandlingssted

Vi garanterer konsultation hos privatklinik / privathospital i vores netværk inden for 10 arbejdsdage.

For psykologer og fysiske behandlere gælder at vi anviser en behandler / et behandlingssted inden for 10 arbejdsdage, hvis det er muligt.

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.

Behandlingen skal være godkendt af os.

11.4 Behandlingsmetode

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 pga. 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 skaden/sygdommen.

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

11.5 Ændring i behandling

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.

12. Fællesbetingelser

12.1 Forsikringssum

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

12.1.1

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

12.1.2

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.

12.2 Forsikredes oplysningspligt

Når du anmelder til os, giver vi dig nærmere besked om, hvilke oplysninger, der er nødvendige for, at vi kan behandle sagen.

Du er forpligtet til at sende den dokumentation og de oplysninger, vi beder om, for at kunne behandle sagen.

12.3 Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab

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.

12.4 Forsikringens ophør

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.

12.4.1

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.

12.4.2

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.

12.5 Justering af forsikringens pris

12.5.1

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.

12.5.2

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

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.

13. Generelle betingelser

13.1 Forsikringens betaling

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

13.1.1

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.

13.2 Forsikringens varighed og opsigelse

13.2.1 Forsikringens varighed

Forsikringens aftaleperiode fremgår af forsikringsaftalen.

Ved aftaleperiodens udløb fortsætter forsikringen uændret i en tilsvarende periode.

13.2.2

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

Hvis du 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.

13.2.3 Opsigelse eller ændringer ved skade

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

13.3 Gebyrer

Vi er berettiget til at kræve 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.

13.3.1

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

- Markedsmæssige årsager – fx hvis grundlaget for gebyret har ændret sig, eller hvis vi ser en ændret kundefærd.

13.3.2

Nye gebyrer og ændringer af eksisterende gebyrer varsles vi via vores hjemmeside med 1 måneds varsel til den første dag i en måned. Ændringer af gebyrer betragtes ikke som en ændring af prisen for forsikringen.

Vi kan uden varsel sætte gebyrer ned.

Du kan altid få gældende gebyrer oplyst ved at henvende dig til os.

13.4 Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser

Vi kan foretage mindre justeringer af prisen med virkning fra forsikringens førstkommande forfaldsdato, dog højst med 5% årligt.

13.4.1

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

13.4.2

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.

13.4.3

Hvis du 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.

13.5 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.

14. 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.