



Gjensidige

Sundhedsforsikring Erhverv

Forsikringsbetingelser



Gælder fra januar 2022

Indledning

Forsikringsbetingelsernes opbygning

Kontakt Gjensidige Forsikring

Du kan kontakte os på telefon 70 10 90 09 eller via "Min side" på gjensidige.dk

Forsikringsbetingelserne har følgende opbygning:

- **Fællesbetingelser for forsikringstager**
der beskriver generelle betingelser gældende i aftaleforholdet mellem forsikringstager og forsikringsgiver fx forhold omkring præmiebetaling, varsling og opsigelse.
- **Fællesbetingelser for forsikrede**
der beskriver de fællesbetingelser, der er gældende for den forsikrede.
- **Betingelser for dækninger**
der er omfattet af forsikringen. Under betingelserne for dækningerne fremgår det, hvilke skader/sygdomme/lidelser og hvilke omkostninger der er dækket, og hvad forsikringen ikke dækker.
- **Ordforklaringer og definitioner**
der forklarer betydningen af ord og begreber og er markeret med *.

Forklaring af enkelte begreber

Selskabet

Ved selskabet forstås det selskab, som forsikringen er tegnet igennem. Dette betegnes som forsikringsselskabet.

Forsikringsselskabet indtegner forsikringen til vores risikobærer Gjensidige Forsikring A/S, A. C. Meyers Vænge 9, DK-2450 København, CVR nr. 33 25 92 47
Enhver henvendelse om forsikringen skal ske direkte til Gjensidige Forsikring.

Forsikringstager

Ved forsikringstager forstås den person eller virksomhed, der med selskabet har indgået forsikringsaftalen.

Forsikrede

Forsikrede er den person, der er tegnet forsikring på, og som har ret til dækning.

Fællesbetingelser for forsikringstager

Ikrafttrædelse

Forsikringen træder i kraft på den i kontrakten anførte dato.

Betaling

Betaling opkræves med angivelse af sidste rettidige betalingsdag.

Første og senere opkrævninger skal betales rettidigt.

For sen betaling

Ved manglende rettidig betaling giver selskabet forsikringstageren en påmindelse en uge efter sidste rettidige betalingsdag.

Betaler forsikringstageren ikke opkrævningen, fremsender selskabet 1. rykkerskrivelse med posten 14 dage efter, at der er givet en påmindelse. Betalingsfristen er her 10 dage regnet fra fremsendelsen af skrivelsen.

Ved manglende rettidig betaling ophører dækningen.

Ved fortsat manglende betaling fremsender selskabet 2. rykkerskrivelse til forsikringstageren 1 uge efter udløb af sidste betalingsfrist. Der gives her en betalingsfrist på 10 dage regnet fra fremsendelsen af skrivelsen.

Ved manglende rettidig betaling ophører forsikringsaftalen.

Betales opkrævningen ved 2. rykkerskrivelse ikke rettidigt, overdrages kravet til inkasso.

Gebyrer, afgifter og renter

Selskabet er berettiget til at tillægge præmien et gebyr for opkrævning samt rykkergebyr og morarenter ved for sen betaling. Eventuelle afgifter til staten vil blive opkrævet samtidig med præmien.

Varighed og opsigelse

Forsikringen er tegnet for en 1-årig periode, med mindre andet er aftalt og løber, indtil den skriftligt opsiges af forsikringstageren eller selskabet med mindst 30 dages varsel til en hovedforfaldsdato.

Reguleringer

Præmien fastsættes for 1 år ad gangen og beregnes fx ud fra alder, forsikringstagerens geografiske beliggenhed, antallet af forsikrede og skadesudgiften (nuværende og forventet).

Indeksregulering

Med mindre andet er aftalt, indeksreguleres præmien én gang om året til hovedforfald. Indeksreguleringen sker på grundlag af det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks SBLON1. Er afvigelsen negativ, reguleres beløbene ikke, men forbliver uændrede frem til næste indeksregulering. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen, har selskabet ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

Ændringer

Ændringer i pris, selvrisiko eller betingelser skal varsles mindst 30 dage før forsikringens forfaldsdato. Dette gælder ikke for indeksering, lovmæssige ændringer, ændringer af præciserende karakter. Hvis forsikringstager ikke ønsker at acceptere ændringerne, kan forsikringen opsiges skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om, ændringen er modtaget. Opsiges forsikringen ikke, fortsætter denne på de ændrede vilkår og/eller den ændrede pris.

Lovgivning

For forsikringen gælder også dansk lov om forsikringsaftaler og dansk lovgivning i øvrigt.

Force majeure

Selskabets forpligtelser bortfalder i tilfælde af force majeure, så længe force majeure forhindrer levering af selskabets forpligtelse. Omstændigheder omfattet af force majeure er eksempelvis krigs- og terrorhandlinger, naturkatastrofer, generalstrejker, pandemier og lignende.

Force majeure kan alene påberåbes, hvis der er tale om en begivenhed udenfor selskabets kontrol og hindringen udgør en ekstraordinær omstændighed, der gør det umuligt at opfylde selskabets forpligtelser, og at omstændighederne er upåregnelige.

Fællesbetingelser for forsikrede

Hvem er dækket af forsikringen

Den, på hvis helbred der tegnes forsikring for, er at betragte som forsikrede.

Børn

Hvis din ægtefælle/samlever også er omfattet af en sundhedsforsikring hos selskabet, er husstandens børn* indtil 21 år dækket. Børnene skal bo i enten Danmark, Grønland eller på Færøerne.

Kollektiv børnedækning – gælder kun, hvis din arbejdsgiver har tilvalgt kollektiv børnedækning og gælder kun, hvis det fremgår af din dækningsoversigt på Min side

Er der tegnet kollektiv børnedækning, er husstandens børn* dækket indtil 24 år dækket. Børnene skal bo i enten Danmark, Grønland eller på Færøerne.

Hvad er dækket

Selskabet dækker undersøgelse og behandling af sygdom, skade og lidelse, hvis helbredstilstanden er svækket. Behandlingen skal vurderes at kunne kurere eller bedre sygdommen/skaden/lidelsen væsentligt*.

Der dækkes én behandlingsform ad gangen. Selskabet kan vælge at dække flere samtidig.

Hvad dækkes ikke

Udover de undtagelser, der fremgår under de enkelte dækninger, omfatter forsikringen ikke:

- akut behandling (fx skadestue eller lægevagt)
- praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- skader der er fremkaldt ved fortsæt eller ved grov uagtsomhed
- eksperimentel behandling
- skader opstået under udøvelse af professionel sport (når sporten drives som hovederhverv)
- attester og rapporter
- refusion af moms
- rejseomkostninger i udlandet (se dog under afsnittet transport)
- gebyr opkrævet ved manglende rettidigt afbud
- private udgifter, herunder udgifter til hotelophold og til ledsager (se dog under afsnittet transport)
- udgifter til undersøgelse/behandling af sygdom/skade/lidelse under rejser/ophold i udlandet (se dog under afsnittet transport)
- transport, medmindre andet fremgår under dækningen.

Hvordan bruger du din forsikring

Ønsker du at anmelde en sygdom/skade/lidelse til selskabet, skal du anmelde det på *Min side* på gjensidige.dk eller ved at kontakte selskabet telefonisk.

Henvisning

Krav om fremsendelse af henvisning ved anmeldelse vil fremgå under dine dækninger.

Udgifter til egen læge i forbindelse med fremskaffelsen af en henvisning, dækkes med op til 650 kr. plus moms pr. henvisning.

Oplysningspligt

Du har pligt til at afgive de oplysninger, som selskabet finder nødvendige for at afgøre, om og i hvilket omfang undersøgelse og/eller behandling er dækket.

Flere forsikringer/dækninger

Har du anmeldt din skade/sygdom/lidelse til andet selskab, skal dette oplyses på anmeldelsestidspunktet. Sygdom/skade/lidelse, som godtgøres af et andet selskab, ydes der ikke fuld dækning for. Her deles ansvaret mellem selskaber, der dækker.

Er der tegnet mellemskab i Sygeforsikringen "Danmark", skal dette oplyses på anmeldelsestidspunktet. Selskabet er berettiget til dette tilskud.

Hvor dækkes der

Under dine dækninger fremgår det, hvor undersøgelse og behandlingen dækkes samt hvilke behandlere, du skal benytte.

Igangsættelse af behandling

Selskabets afgørelse finder du på "Min side" eller i krypteret mail. Undersøgelse og/eller behandling dækkes kun, såfremt selskabet har givet en forudgående skriftlig godkendelse. Igangsættes undersøgelse og/eller behandling inden, bortfalder retten til dækning, medmindre andet fremgår af dine dækninger.

Refusion

Regninger vedrørende undersøgelse og behandling skal være indsendt senest 3 måneder efter, at sidste undersøgelse/behandling er foretaget for at være berettiget til refusion.

Anmeldelse

Anmeldelse skal ske i forsikringstiden*.

Karens

Der er ingen karens på forudbestående sygdom/skade/lidelse, dog dækkes igangværende og planlagt behandling ikke.

For ordninger, hvor der er tilmeldt mindre end 5 forsikrede eller frivillige ordninger, er der 6 måneders karens på forudbestående sygdom/skade/lidelse. Dette gælder ligeledes for forudbestående sygdom/skade/lidelse ved tegning af ny(e) dækning(er).

Igangværende behandling i andet selskab

Har du anmeldt en sygdom/skade/lidelse i dit tidligere selskab, er der først dækning for denne hos selskabet efter 3 måneder regnet fra indtrædelsen.

Igangværende behandling ved ophør af aftalen

Ved ophør af aftalen dækkes godkendt undersøgelse og behandling i op til 3 måneder fra aftalens ophør.

Er du opsagt (her menes afskedigelse, tilkendt invalidepension og pension), dækkes godkendt behandling i op til 6 måneder efter aftalens ophør.

Erstatning

Den maksimale sum pr. forsikrede pr. år er i alt 3.600.000 kr. pr. år. 1.800.000 kr. for henholdsvis arbejdsrelaterede og fritidsrelaterede sygdomme/skader/lidelser.

Hvis du er utilfreds med selskabet

Er du fx ikke enig i selskabets afgørelse, måden sagen er behandlet på, skal du kontakte den afdeling, der har behandlet din sag.

Klageansvarlig enhed

Er du herefter fortsat utilfreds, kan selskabets klageansvarlige enhed kontaktes skriftligt.

Ankenævnet for Forsikring

Er der her ikke opnået et tilfredsstillende resultat, kan der indgives en skriftlig 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

Klagen skal sendes til Ankenævnet på et særligt klageskema, og der skal betales et gebyr til Ankenævnet for dets behandling af sagen.

Klageskemaet kan hentes på nævnets hjemmeside eller kan sendes fra Ankenævnet eller selskabet.

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

Forældelse

Selskabet følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende danske forældelseslov.

Hvornår ophører forsikringen

Forsikringen ophører ved udgangen af den måned hvori:

- din ansættelse ophører
- du ikke længere bor eller arbejder i Danmark eller Grønland (udstationerede medarbejdere er undtaget denne regel)
- forsikringstageren har opsagt aftalen

Sundhedsforsikring erhverv

Privathospital og -klinik

Udgifter til undersøgelser og/eller behandlinger af sygdom/skade/lidelse på privathospital og -klinik er dækket. Undersøgelse og behandling skal varetages af en speciallæge.

Henvi sning

Du skal konsultere egen læge og medsende en kopi af din henvi sning, når du anmelder. Undtaget hvis du skal til en øjenlæge.

Har du ikke en henvi sning, kan selskabet vælge at bede om en, såfremt det vurderes nødvendigt.

I selskabets behandlernetværk* og garanti

Du henvises til undersøgelser og behandlinger i selskabets landsdækkende netværk, som består af akkrediterede* privathospitaler og -klinikker. Du garanteres første undersøgelse 10 hverdage efter, at din anmeldelse er godkendt.

Uden for selskabets behandlernetværk*

Undersøgelse og behandling på privathospitaler og -klinikker i Danmark udenfor selskabets netværk dækkes, hvis behandlingsstedet er akkrediteret*. Der dækkes maksimalt med beløb svarende til udgiften ved behandling inden for netværket.

Udlandet

Undersøgelse og behandling på privathospitaler og -klinikker i Norge, England og EU dækkes, hvis behandlingsstedet lever op samme standard som danske akkrediterede* privathospitaler og -klinikker. Der dækkes maksimalt med beløb svarende til udgiften ved behandling inden for selskabets netværk tillagt 25%.

Refusion og tilskud

Du skal anmode om refusion og tilskud for undersøgelse og/eller behandling på "Min side" senest 3 måneder efter sidste undersøgelse/behandling.

Kræft

Udredning og behandling af kræft er dækket. Undtaget er dog kræftformer, som kræver udredning og behandling af høj kompleksitet (herunder kemo- og strålebehandling samt immunterapi), eller hvor der bliver henvist til pakkeforløb* i det offentlige.

Pakkeforløb*

Er du af egen læge eller en speciallæge henvist til pakkeforløb i det offentlige, skal dette benyttes.

Årskontrol

Har selskabet dækket din kræftbehandling, dækkes første årskontrol.

2. opinion

Vurderes det sundhedsfagligt, at du står overfor en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed vedrørende din diagnose og/eller fremtidig behandling, kan selskabet vælge at dække en 2. opinion.

3. opinion

Er to speciallæger uenige vedrørende din diagnose eller hvilken behandling, du skal tilbydes, kan selskabet vælge at dække en 3. opinion.

Re-operation

Selskabet dækker re-operation.

Kronisk sygdom/skade/lidelse

Selskabet dækker udredning af en kronisk sygdom/skade/lidelse og operation, hvis denne kan kurere eller bedre tilstanden væsentligt*.

Øvrigt

Åreknuder dækkes, hvis følgende tre symptomer er til stede:

- daglige og natlige smerter
- megen hævelse
- påvirkning af den natlige søvn

Eller ved sår på ben.

Hængende øjenlåg dækkes med operation, hvis du er sygemeldt eller har mistet din køretilladelse pga. lidelsen.

Hjælpemidler

I tilslutning til din operation dækket af selskabet, dækkes dine udgifter til hjælpemidler, som er et nødvendigt led i behandlingen.

Kontroller

Nødvendige kontroller efter din operation dækkes i op til 24 måneder.

Medicin

Dine udgifter til medicin er dækket i op til 2 år. Medicinen skal være receptpligtig og ordineret af den behandlende speciallæge på privathospital eller -klinik, hvor selskabet har dækket forløbet. Håndkøbsmedicin og medicin, som både fås på recept og i håndkøb, dækkes ikke.

Genoptræning efter operation

Selskabet dækker nødvendig genoptræning efter operation i bevægeapparatet* i op til 24 måneder regnet fra operationsdagen, hvis selskabet har dækket din operation. Der dækkes med almen fysioterapi og kiropraktik*, og behandling kan finde sted i eller uden for selskabets behandlernetværk*.

Henvi sning, refusion og tilskud

For at opnå fuld refusion skal du have en gyldig henvi sning til fysioterapi samt benytte en fysioterapeut med ydernummer (sidstnævnte gælder kun for behandling i Danmark).

Fysioterapi dækkes med beløb svarende til taksten for patientandelen for almen fysioterapi. * (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Kiropraktik dækkes med beløb svarende til patientandelen for almen kiropraktik*. (Indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Fitnesscenter

I forbindelse med genoptræning efter operation dækket af selskabet kan du efter minimum tre måneders fysioterapeutisk genoptræning vælge at konvertere op til 9 måneders behandling til et fitnessabonnement i vores netværk (oprettes af selskabet). Det kræves, at

konverteringen er et led i behandlingen. Genoptræningen kan samlet ikke overstige 24 måneder.

Benytter du et fitnesscenter udenfor selskabets netværk, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Selskabet kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Ergoterapi efter operation

Der dækkes med op til 10 behandlinger efter operation i bevægeapparatet, hvis selskabet har dækket din operation. Behandlingerne tildeles i portioner og skal varetages af en autoriseret ergoterapeut. Der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

Hjemmesygeplejerske og hjemmehjælp

Hjemmesygeplejerske og/eller hjemmehjælp efter operation er dækket, hvis det ordineres af den opererende speciallæge og er et led i behandlingen af en sygdom/skade/lidelse, som selskabet har dækket.

Rekreation

Rekreation (genoptræning) efter en operation dækkes i op til 3 måneder. Rekreationen skal være speciallægeordineret, føre til varig bedring samt være et led i behandlingen af en sygdom/skade/lidelsen, som selskabet har dækket. Der dækkes med op til 60.000 kr., og der ydes tilskud til husleje og behandling. Der ydes ikke tilskud til afstresning, massage og ferielignende ophold.

Transport

Selskabet dækker transportudgifter i Danmark og på Færøerne til og fra privathospital/privatklinik, hvis undersøgelse og/eller behandling dækkes af selskabet. Der regnes fra din bopæls- eller opholdsadresse, og der dækkes efter laveste dansk kørselstakst (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar). De første 25 km hver vej er ikke dækket af selskabet.

Udgifter til ambulancetransport er dækket, hvis speciallægen på privathospitalet vurderer, at din helbredstilstand kræver det, og forløbet er dækket af selskabet.

Udvidet transportdækning og tilskud til overnatning – gælder kun hvis dækningen er tegnet

Selskabet dækker udgifter til fly, tog, færge, samt kørselsgodtgørelse i forbindelse med godkendt undersøgelse og behandling i Danmark. Udgifter til bro dækkes ikke.

Udgifter til flybillet tur/retur mellem Færøerne og Danmark i økonomiklasse dækkes og gælder kun for direkte rejse mellem Færøerne og Danmark. Derudover dækkes udgifter til færge, bus og tog. Kørsel i egen bil dækkes efter dansk kørselstakst (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar), og de første 25 kilometer hver vej er for egen regning.

Overnatning på hotel i Danmark i forbindelse med undersøgelse og/eller behandling på privathospital dækkes med op til 1000 kr. pr. forløb. Udgifter til måltider o.l. er ikke dækket.

Transport fra hotel og privathospital dækkes. Herunder også udgifter til taxi tur/retur

Børn

Transportudgifter i forbindelse med undersøgelse behandling af børn, dækkes både for én forældre samt barnet indtil 21. år såfremt der er tegnet dækning herfor for både barnet og én forælder i husstanden. Ved udgifter til ophold på hotel i Danmark dækkes der i alt op til 1000 kr. pr. forløb.

Refusion

Du skal anmode om kørselsgodtgørelse på "Min side" senest 3 måneder efter sidste transport.

Terminal pleje

Der dækkes med op til 30.000 kr. ved behov for terminal pleje i hjemmet. Plejen skal varetages af en hjemmesygeplejerske og skal være speciallægeordineret.

Allergivaccination

Allergivaccination dækkes med op til 1.000 kr. pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Der kan i alt dækkes i op til 3 år.

Diætist

Selskabet dækker med den nødvendige vejledning hos en autoriseret diætist i op til 4 måneder regnet fra anmeldelsesdagen ved BMI under 18 og over 30, eller hvis der er konstateret en af nedenstående alvorlige sygdomme:

- hjertesygdom, som kræver medicinsk behandling
- glutenintolerance (cøliaki)
- sukkersyge (diabetes mellitus)
- behandlingskrævende stofskiftesygdom
- stofskiftesygdom stammende fra skjoldbruskkirtlen

Vejledningen kan finde sted i eller uden for selskabets netværk.

Der kan søges om et nyt forløb efter 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Fitnesscenter

Forløbet kan kombineres med et abonnement i et fitnesscenter i selskabets netværk (oprettes af selskabet). Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned (selskabet kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Forløbet kan samlet ikke overstige 4 måneder.

Tandbehandling

Selskabet dækker tandskader opstået som følge af et ulykkestilfælde. (Ved ulykkestilfælde forstås legemsbeskadigelse, der rammer dig ufrivilligt gennem en pludselig udefrakommende hændelse). Undtaget er skader opstået grundet besvimelse, ildebefindende eller anden tilstand, som kan sidestilles hermed. Ligeledes dækkes tyggeskader ikke.

Tandbehandling dækkes i op til 6 måneder fra ulykkestidspunktet og skal varetages af en autoriseret tandlæge.

Dækningsberettigede tænder: 1+, 2+, 3+, +1, +2, +3, 1-, 2-, 3-, -1, -2, -3.

Det er kun de direkte påvirkede tænder, som dækkes. Kunstige tænder, stifttænder eller tænder, der er blevet behandlet ved tidligere ulykkestilfælde dækkes ikke.

Har du en generel dårlig tandstatus (eksempelvis parodontose, karies, mange tidligere behandlinger, tidligere rodbehandlinger og/eller skader), er dækningen på 40% af den dækningsberettigede udgift.

Selskabet dækker ikke

- Udredning- og/eller behandlingsforløb, som af selskabet betragtes at være af høj kompleksitet*.
- Dialysebehandling og organtransplantation.
- Behandling af HIV eller enhver tilstand, som skyldes eller kan tilskrives HIV.
- Behandling for barnløshed samt provokeret abort
- Sygdomme hos det ufødte barn.
- Impotens.
- Kønsskifteoperation.
- Kosmetisk behandling.
- Radiofrekvensablation (RFA), DC-konvertering, KAG og hjerteoperationer.
- Pilonidalcyste.
- Offentlige ydelser og ydelser som ikke kan foretages på dansk privathospital.
- Behandling af kronisk sygdom/skade/lidelse. Undtagen operation, som kan kurere eller bedre tilstanden væsentligt*.
- Høreapparat eller anden høreforbedrende behandling.
- Behandling af søvnapnø med C-PAP og operation.
- Almindelig synsundersøgelse.
- Undersøgelse og behandling af samsynsproblemer og skelen.
- Undersøgelse og behandling af nær- og langsynethed samt bygningsfejl.
- Synskorrigerende linser i forbindelse med operation for grå stær.
- Vitrektomi.
- Acne, psoriasis, vitiligo, rosacea og hudlidelser, som kan sidestilles med disse.
- Behandling af aktinisk og seborroisk keratose.
- Operation for overvægt samt fjernelse af overskydende hud efter væggtab.
- Botox.
- Vækstfaktor og orthokine behandling.
- Shockwave o.l.
- Benlængdeforskel (anisomeli).
- Virusinfektion.
- Indlæg og såler.
- CPM-maskine og hjælpemidler i hjemmet
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik i selskabets behandlernetværk*, såfremt behandling er startet hos en behandler uden for selskabets behandlernetværk.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik uden for selskabets behandlernetværk, såfremt behandling er påbegyndt i selskabets behandlernetværk.
- Psykiater.
- Tandlæge/kæbekirurg. (Se dog under Tandbehandling).
- Tyggeskader.
- Tandproteser, broer og knogleopbygning.

Fysioterapi og kiropraktik - generelt

Selskabet dækker fysioterapi og kiropraktik til sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet*. Behandling kan finde sted i eller uden for selskabets behandlernetværk* og skal varetages af en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor.

Behandlinger tildeles i portioner tildeles pr. region*.

Ved manglende bedring eller behandlingsantal over 10, kan selskabet bede om en lægefaglig vurdering.

Akut behov

Ved behov for akut behandling må behandling påbegyndes inden selskabets skriftlige godkendelse er afgivet. Anmeldelsen skal dog senest indsendes 14 dage efter 1. behandling.

Refusion, tilskud og henvisning

For at opnå fuld refusion, skal du have en gyldig henvisning til fysioterapi samt benytte en fysioterapeut med ydernummer (sidstnævnte gælder kun for behandling i Danmark). Vælger du en fysioterapeut uden ydernummer, og/eller er din henvisning ikke gyldig, dækkes der med beløbet svarende til patientandelen for almen fysioterapi* (indeksreguleres hvert år pr. 1.januar).

Kiropraktik dækkes med beløb svarende til patientandelen for almen kiropraktik* (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Fysioterapi og kiropraktik

Selskabet dækker med det nødvendige antal behandlinger til sygdom/ skade/lidelse, i bevægeapparatet*.

Fitnesscenter

I forbindelse med fysioterapeutisk behandling kan du efter minimum én måneds behandling vælge at konvertere op til 5 måneders behandling til et abonnement i et fitnesscenter i selskabets behandlernetværk* (oprettes af selskabet). Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes med 155 kr. pr. måned. (Selskabet kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Genoptræning efter operation i det offentlige

Har du fået foretaget en operation i bevægeapparatet på et offentligt sygehus eller på et privathospital betalt af det offentlige, dækkes genoptræning hos en fysioterapeut i op til 12 måneder regnet fra operationsdagen.

Kronisk bevægeapparatlidelse

Har du fået konstateret en kronisk bevægeapparatlidelse* af en speciallæge dækkes der i alt med op til 12 behandlinger hos en fysioterapeut eller kiropraktor pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Der dækkes behandlinger til én lidelse pr. løbende 12 måneder og bevillingen vil være gældende for én region*.

Har selskabet bevilliget mere end én behandlingsform, kan det samlede antal behandlinger ikke overstige 12 pr. løbende 12 måneder.

Ved anden kronisk bevægeapparatslidelse end slidgigt dækkes der i op til 3 år pr. lidelse.

Er der konstateret anden kronisk bevægeapparatslidelse end slidgigt, dækkes der i op til 3 år pr. lidelse.

Fitnesscenter

Som led i behandlingen af en kronisk bevægeapparatslidelse med fysioterapi og/eller kiropraktik, kan du vælge at konvertere dit forløb til et abonnement i et fitnesscenter i selskabets behandlernetværk* (oprettes af selskabet). Benytter du et fitnesscenter udenfor selskabets behandlernetværket*, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Selskabet kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Der dækkes i 3 måneder, og herefter kan der dækkes yderligere såfremt frekvensen af træningspas (i første måned og herefter) har været minimum 8.

Ergoterapi

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Behandlingerne skal varetages af en autoriseret ergoterapeut, og der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

Fodterapi

Der dækkes med op til 6 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Behandlingerne skal varetages af en statsautoriseret fodterapeut.

Selskabet dækker ikke

- Tillægsydelser som, aften- og shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage o.l. dækkes ikke.
- Indlæg og såler
- CPM-maskine og hjælpemidler i hjemmet
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik i selskabets behandlernetværk*, såfremt behandling er startet hos en behandler uden for selskabets behandlernetværk.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik uden for selskabets behandlernetværk, såfremt behandling er påbegyndt i selskabets behandlernetværk
- Virusinfektion

Osteopati – gælder kun, hvis din arbejdsgiver har tilvalgt osteopati og gælder kun, hvis det fremgår af din dækningsoversigt på Min side

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet* dækkes med osteopati. Behandling kan finde sted i eller uden for selskabets behandlernetværk*. Behandlingerne skal varetages af en autoriseret osteopat.

Behandlinger tildeles i portioner og pr. region*.

Refusion og tilskud

Selskabet yder fuld refusion for godkendte behandlinger i selskabets behandlernetværk*. Behandlinger foretaget udenfor selskabets behandlernetværket* dækkes med op til 500 kr. pr. behandling.

Osteopati

Der dækkes i alt med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Der kan bevilliges behandlinger til flere regioner* pr. løbende 12 måneder. Antallet af behandlinger kan dog ikke overstige ovenfor nævnte antal.

Alternativ behandling

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet dækkes med akupunktur, zoneterapi og massage.

Behandlinger tildeles i portioner og pr. region*.

Refusion og tilskud

Der dækkes med op til 395 kr. pr. behandling.

Akupunktur

Der dækkes med i alt op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne skal varetages af en behandler som RAB registreret akupunktør.

Zoneterapi

Der dækkes i alt med op til 10 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne skal varetages af en behandler som RAB registreret zoneterapeut.

Massage

Der dækkes i alt med op til 4 behandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlingerne skal varetages af en behandler som RAB registreret massør.

Der kan bevilliges behandlinger til flere regioner* pr. løbende 12 måneder. Antallet af behandlinger kan dog ikke overstige ovenfor nævnte antal.

Akupunktur og zoneterapi til kronisk bevægeapparatslidelse

Har du fået konstateret en kronisk bevægeapparatslidelse af en speciallæge, kan der i alt dækkes med op til 10 akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Selskabet dækker ikke massage til kroniske bevægeapparatslidelser.

Der dækkes behandlinger til én lidelse pr. løbende 12 måneder, og bevillingen vil være gældende for én region*.

Har selskabet bevilliget mere end én behandlingsform, kan det samlede antal behandlinger ikke overstige 12 pr. løbende 12 måneder.

Er der konstateret anden kronisk bevægeapparatslidelse end slidgigt, dækkes der i maksimalt 3 år pr. lidelse.

Selskabet dækker ikke

- Genoptræning
- Tillægsydelser

Psykolog og psykiater

Selskabet dækker behandling hos psykolog og udredning hos en psykiater.

Behandlinger tildeles i portioner.

Psykolog

Behandlingerne skal varetages af en psykolog og kan finde sted i eller uden for selskabets behandlernetværk*. Der dækkes individuel behandling og gruppeterapi.

Akut behov

Ved behov for akut psykologbehandling må behandling påbegyndes inden selskabets skriftlige godkendelse. Anmeldelsen skal dog senest indsendes 14 dage efter 1. behandling.

Krisehjælp

Akut psykologisk krisehjælp i selskabets behandlernetværk* er dækket ved alvorlige ulykker, dødsfald, vold, trusler, overfald ved røveri, livstruende sygdomme eller hændelser som kan sidestilles for førnævnte eksempler.

Henvisning

Du skal fremsende en henvisning eller et lægefagligt notat fra egen læge eller en speciallæge, når du anmelder. Undtaget ved behov for behandling af arbejdsrelateret stress.

Refusion

Der ydes fuld refusion for godkendte behandlinger i selskabets behandlernetværk*. Behandlinger hos selvvalgt psykolog dækkes med beløb svarende til praksishonoraret for en psykologydelse i henhold til sygesikringsoverenskomsten. (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

I selskabets behandlernetværk*

Ved psykologbehandling i selskabets behandlernetværk er du dækket med det nødvendige antal behandlinger.

Uden for selskabets behandlernetværk* – selvvalgt psykolog

Du er dækket med det nødvendige antal behandlinger hos en selvvalgt psykolog i op til 6 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag.

Ved uforudsete hændelser som fx sygdom, forlænger selskabet bevillingsperioden med den periode, hvori det ikke er muligt at blive behandlet.

Der kan først godkendes til behandling for samme sygdom/lidelse efter 12 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag.

Psykiater

Udredning og medicinsk opstart og/eller justering hos psykiater dækkes i op til 6 måneder regnet fra første anmeldelsesdag af den psykiske sygdom/lidelse og kan finde sted i eller uden for selskabets behandlernetværk*.

Henvisning

Du skal fremsende en henvisning fra egen læge eller en speciallæge, når du anmelder.

Refusion

Der ydes fuld refusion for godkendte konsultationer i selskabets netværk. Udredning uden for selskabets netværk dækkes med op til 2000 kr. pr. konsultation.

Psykiater til samtaleterapi

Anvendes der psykiater til samtaleterapi, sidestilles dette med behandlinger hos en selvvalgt psykolog og afregnes tilsvarende (se ovenfor).

Selskabet dækker ikke

- Udredning- og/eller behandlingsforløb som af selskabet betragtes at være af høj kompleksitet*
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom*
- Adfærdsregulerende behandling
- Parterapi og forældresamtaler
- Psykologbehandling i forbindelse med overvægt og spiseforstyrrelse
- Behandling af OCD samt følgetilstande til OCD, herunder angst grundet tvangsmæssige handlinger
- Udredning og behandling af ADHD/ADD samt lidelser inden for autismespektret
- Psykisk lidelse/sygdom, som har været, eller hvor der har været gentagne tilbagefald i 7 år eller mere. Der regnes fra første gang, du blev behandlet af en psykolog og/eller psykiater. Behandling, som ikke er dækket af selskabet, medregnes.

Ludomani

Ludomani med økonomisk islæt dækkes med op til 60.000 kr. i op til 3 måneder regnet fra anmeldelsesdagen.

Misbrug

Selskabet dækker ambulante- og/eller døgnbehandling i forbindelse med misbrug af:

- alkohol
- rusmiddel
- medicin

Der dækkes med maksimalt 85.000 kr. pr. 12 løbende måneder på dansk misbrugscenter, hvor relevant sundhedsfagligt personale er tilknyttet (fx læge og psykiater).

Der er ikke begrænsning på antal forløb.

Antabusbehandling

Ambulant speciallægeordineret antabusbehandling dækkes i op til 1 år.

Sundhedskompas

Vi giver den nødvendige vejledning og rådgivning i forbindelse med forestående og/eller igangværende behandlingsforløb i sundhedsvæsenet.

Der ydes vejledning og rådgivning indenfor:

- Forebyggelse
- Undersøgelse og behandling
- Klage og erstatning

Vi kan ikke foretage lægefaglige vurderinger eller tage stilling til, hvorvidt en lægefaglig vurdering er korrekt eller ej.

Forebyggende rådgivningslinje

Selskabets Rådgivningslinje sikrer, at du har adgang til rådgivning om forebyggelse og sundhedsfremmende tiltag via Trivsels- og Livstilslinjen.

Der rådgives indenfor mistrivsel og ønske om hjælp til fysiske livstilsændringer.

Ordforklaring og definitioner

Akkreditering

Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en ydelse lever op til et sæt af fælles standarder. For privathospitaler og -klinikker IKAS eller tilsvarende organ.

Alvorlig psykisk sygdom

Her menes fx svær depression bipolar lidelse, psykose, skizofreni, demens.

Almen fysioterapi

Speciale 51 – almindelig fysioterapi jf. praksisoverenskomsten for fysioterapi.

Almen kiropraktik

Speciale 53 jf. overenskomsten for almen kiropraktik.

Bevægeapparatslidelse/lidelse i bevægeapparatet

Hermed menes en lidelse i muskler, led, sener og/eller knogler.

Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden, fra forsikringen træder i kraft, til den udløber.

Husstandens børn

Hermed menes dine, mine og vores børn – herunder plejebørn, uanset bopæl.

Pakkeforløb

Hermed menes et samlet tilrettelagt standardforløb for udredning, behandling og efterbehandling ved kræft efter mistanke om kræft. Et kræftpakkeforløb i det offentlige danske sundhedsvæsen sikrer, at der er en ansvarlig afdeling, samt at udredning og evt. behandling sker indenfor en bestemt tidsramme.

Region

Hermed menes kropsregion som fx knæ, hofte, skulder. Ryggen opdeles i to – nakken og resten.

Selskabets behandlernetværk

Selskabets behandlernetværk er et netværk af leverandører/behandlere, som selskabet har indgået aftale med.

Udenfor selskabets behandlernetværk - selvvalgt

Hermed menes en behandler, som ikke har indgået eller er ansat i en virksomhed, som har indgået en direkte aftale med selskabet.

Specialeplan

Er en specialevejledning, som jf. sundhedsloven er udfærdiget af Sundhedsstyrelsen. Den fastsætter indenfor hvert speciale specialfunktioner og har til formål at sikre høj faglig kvalitet.

Sundhedsstyrelsen

Er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark.

Svækket helbredstilstand

Hermed menes, at helbredstilstanden er påvirket i en sådan grad, at der fx er betydelige symptomer tilstede, og hvor der lægefagligt er begrundet mistanke om sygdom, som påkræver yderligere undersøgelse og/eller behandling.

Udredning- og/eller behandlingsforløb som af selskabet betragtes at være af høj kompleksitet (Privathospital og -klinik).

Hermed menes fx:

- Forløb, som kræver tilstedeværelse af flere tværfaglige funktioner, og/eller hvor sygdom/skade/lidelse og/eller behandlingen er sjældent forekommende, samt hvor der er uret og/eller opereret flere gange.
- Ved sygdomsbillede med tilstedeværelse af flere lidelser.
- Derudover er udredning og/eller behandling, som jf. Sundhedsstyrelsens til en hver tid gældende Specialeplan* (eller retningslinjer som kan sidestilles hermed), skal varetages af en højt specialiseret funktion at betragte, som værende af høj kompleksitet. Dette gælder også for sygdom/skade/lidelser og/eller behandlinger, der kan sidestilles hermed.

Udredning- og/eller behandlingsforløb som af selskabet betragtes at være af høj kompleksitet (Psykisk behandling).

Hermed menes, hvor der er tale om komplekst sygdomsbillede med flere psykiske lidelser/sygdomme og/eller forløb, som kræver tværfagligt behandlingstilbud og tilstande/forløb, som kan sidestilles hermed.

Væsentlig bedring

Hermed menes, at bedringen af tilstanden sundhedsfagligt vurderes at være betydelig. Behandlingen skal sikre, at helbredstilstanden opnår vedvarende bedring.

Gjensidige Forsikring
CVR-nr. 33 25 92 47
A. C. Meyers Vænge 9
DK-2450 København SV

Telefon 70 10 90 09
info@gjensidige.dk
gjensidige.dk

Gjensidige Forsikring,
dansk filial af Gjensidige
Forsikring ASA, Norge