



Bedre Helbred Eksklusiv

FORSIKRINGSBETINGELSERNES OPBYGNING

Forsikringsbetingelserne har følgende opbygning:

- **Fællesbetingelserne** der gælder for aftalen. Her kan fx findes oplysninger om præmiebetaling, opsigelse og varslingsregler.
- **Hvem, hvad, hvor & hvordan** fortæller fx om, hvem der er dækket, hvor den dækker og hvordan man anmelder en skade.
- **Dækninger** der kan være omfattet af forsikringen. Her fremgår det også hvad der er dækket af forsikringen og hvad forsikringen ikke dækker.

FORKLARING AF ENKELTE BEGREBER

Herunder forklares enkelte begreber, der bruges i disse betingelser

Forsikringsgiver

Herved forstås Mølholm Forsikring, dansk filial af Gjensidige Forsikring ASA, Norge

Forsikringstager

Herved forstås den person eller virksomhed, som har indgået forsikringsaftalen med forsikringsgiver.

Forsikrede

Herved forstås den person, som har ret til behandling, herefter kaldet du/dig/din.

Forsikringsbetingelserne er gældende fra den 1. januar 2018 og erstatter tidligere betingelser.

1. HVORNÅR GÆLDER FORSIKRINGEN FRA

Med mindre andet er aftalt, træder forsikringen i kraft når den underskrevne aftale er modtaget af forsikringsgiveren.

Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelses- og udløbsdato.

2. FORSIKRINGENS BETALING/TILBAGEBETALING

Første præmie forfalder til betaling ved ikrafttræden og gælder for 1 år, med mindre anden betalingsperiode er aftalt.

Opkrævning sendes til den betalingsadresse som forsikringstageren har opgivet eller ved elektronisk betalingsopkrævning.

Der foretages forholdsmeget præmierefusion ved fratræden og denne modregnes i fremtidig præmie.

Refusion af regninger for behandling/transport

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

3. MANGLENDE BETALING

Rykker 1: Betalingsdato + 14 dage.

Der vil af påmindelsen fremgå, at dækningen ophører såfremt præmien ikke bliver betalt efter, at påmindelsen er modtaget.

Såfremt dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter gældende regler jf. punkt 7. "Ophør af forsikringen" i fællesbetingelserne.

4. GEBYRER, AFGIFTER OG RENTER

Forsikringsgiveren 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.

5. ÆNDRING I PRÆMIE OG FORSIKRINGSBETINGELSER

Præmien er beregnet ud fra alder på de forsikrede, virksomhedens geografiske beliggenhed, antallet af forsikrede og skadeudgiften (nuværende eller forventet).

Med mindre andet fremgår af aftalen, fastsættes præmien for 1 år af gangen.

Forsikringsgiveren kan uden varsel, foretage mindre væsentlige ændringer af præmien, med virkning fra aftalens førstkomende forfalddato. Ændringen kan ske ud over indeksering og lovmæssige ændringer. Sker dette, kan forsikringstager vælge, at opsiges aftalen skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om fornyelsespræ-

mien er modtaget. Opsiges aftalen ikke, fortsætter denne med den ændrede præmie.

Forsikringsgiveren skal varsle væsentlige ændringer i præmie eller betingelser med mindst 3 måneder. Dette gælder ikke for indeksering, lovmæssige ændringer eller betingelsesændringer af præciserende karakter.

Hvis forsikringstager ikke ønsker at acceptere ændringerne, kan aftalen opsiges skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om ændringen er modtaget. Opsiges aftalen ikke, fortsætter denne på de ændrede vilkår og/eller den ændrede præmie.

6. INDEKSREGULERING

Med mindre andet fremgår af aftalen, indekseres præmien en gang om året til hovedforfald.

Ved indekseringen forhøjes præmien med den procent løntallet afviger fra forrige års offentliggjorte indeks. Er afvigelsen negativ, reguleres beløbene ikke, men forbliver uændrede frem til næste indeksering.

Indekseringen sker på grundlag af det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks for den private sektor.

Ophører udgivelsen af dette indeks eller ændres grundlaget for beregningen, har forsikringsgiveren ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

7. OPHØR AF AFTALEN

Aftalen kan af såvel forsikringstager som forsikringsgiveren opsiges med 3 måneders varsel til hovedforfald.

Aftalen bortfalder med udgangen af den måned hvori:

- din ansættelse ophører.
- du ikke længere bor eller arbejder i Danmark, på Færøerne eller Grønland. (Udstationerede medarbejdere er undtaget denne regel).
- aftalen ophører på grund af forsikringstagers opsigelse.

Fratræder du din stilling i virksomheden (enkelstående udmeldelse af aftalen), eller opsiges aftalen, dækkes godkendt undersøgelse og behandling i op til 3 måneder fra fratrædelsestidspunktet eller ophør af aftalen.

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

8. OPLYSNINGSPLIGT

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

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. Forsikringsgiveren har ret til at søge om oplysninger hos disse læger og behandlere, og forelægge dem de oplysninger, som du har givet forsikringsgiveren. Hvis du flytter skal forsikringsgive-

ren have meddelelse om dette.

Medlemskab af Sygeforsikringen "Danmark" skal oplyses i forbindelse med anmeldelse af sygdom/skade, da forsikringsgiveren er berettiget til dette tilskud.

Forsikring i andet selskab

Har du anmeldt din sygdom/skade/lidelse til en anden forsikring, skal dette oplyses i forbindelse med anmeldelsen til os.

Vi betaler ikke behandling for skader, som der modtages fuld dækning for hos et andet selskab.

9. OVERFØRSEL AF ANCIENNITET FRA ANDEN FORSIKRINGS- GIVER

Har du haft en Sundhedsforsikring i et andet selskab uden ubrudt forsikringsforhold, overføres din anciennitet til forsikringsgiveren, hvis der gives oplysninger herom.

10. FORÆLDELSE

Forsikringen følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende forældelseslov.

11. LOVVALG

Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt

dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang denne lovgivning ikke er fraveget.

12. OPSTÅR DER UENIGHED

Er du ikke enig i vores afgørelse, skal du kontakte den afdeling der har behandlet din sag. Forsikringsgiverens klageråd vil så hurtigst muligt behandle din klage og inden for 7 arbejdsdage.

Er du efter din henvendelse til afdelingen fortsat ikke enig, 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

Det koster et mindre gebyr at klage til ankenævnet, som du skal betale. Klager til ankenævnet skal indsendes på et særligt skema som du kan få hos ankenævnet.

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

1. HVEM ER DÆKKET AF FORSIKRINGEN

Forsikringstager er den virksomhed, som har indgået aftale med forsikringsgiveren eller via en foreningsaftale. Virksomheden skal være registreret med CVR.nr. i Danmark, registreret på Færøerne eller Grønland med mindre andet er aftalt.

Aftalen dækker virksomheder beliggende i Danmark, på Færøerne eller Grønland, og omfatter de personer, der er nævnt i aftalen og som bor eller arbejder i Danmark, på Færøerne eller Grønland. Udstationerede er undtaget denne regel.

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

Med mindre andet fremgår af aftalen skal du være omfattet af den offentlige sygesikring.

Hvis din ægtefælle/samlever også er omfattet af en behandlingsforsikring hos forsikringsgiveren, er "dine/mine/vores herunder plejebørn" indtil 21 år dækket uden tillægspræmie under Behandlingsforsikring Privat, uanset bopæl.

Kollektiv børnedækning

Har din virksomhed mulighed for/tilkøbt kollektiv børnedækning, er "dine/mine/vores herunder plejebørn" indtil 24 år dækket under Behandlingsforsikring Privat, uanset bopæl.

2. HVOR DÆKKES DER

Forsikringen dækker på de af forsikringsgiverens udvalgte kvalitets sikrede behandlingssteder.

3. HVAD ER DÆKKET

Forsikringen dækker, udgifter til undersøgelse og eller behandling af den anmeldte sygdom/skade/lidelse, såfremt der vurderes, at være tale om en svækket helbredstilstand, som kan bedres væsentligt eller kureres.

Der dækkes en behandlingsform ad gangen. Forsikringsgiveren kan vælge at dække flere samtidig.

4. Hvad dækker forsikringen ikke

Udover de undtagelser, der fremgår under de enkelte dækninger, omfatter forsikringen, uanset sindstilstanden på skadetidspunktet 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
- gebyr ved manglende rettidigt afbud
- private udgifter - herunder udgifter til hotelophold og til ledsager

- udgifter til undersøgelse/behandling af sygdom/skade/lidelse under private rejser/ophold i udlandet.
- transport - se dog punkt 1 under Sundhedsforsikring Fritid

5. HVORDAN BRUGER DU DIN FORSIKRING

Henvi sning

Er du af din praktiserende læge eller speciallæge henvist til undersøgelse og eller behandling, og du ønsker at bruge din forsikring, skal du anmelde det til forsikringsgiveren. (Henvi sning er ikke et krav, hvis du skal til kiropraktor, akupunktør, massør, zoneterapeut, fodterapeut, ergoterapeut, øjenlæge, akut til psykolog, til psykolog grundet arbejdsrelateret stress, skilsmisse eller utroskab).

Der dækkes med maksimalt 650 kr. plus moms pr. henvi sning.

Igangsættelse af behandling

Det er vigtigt, at du ikke igangsætter undersøgelse og eller behandling uden forudgående skriftlig godkendelse fra forsikringsgiveren, da du ellers ikke vil have ret til dækning. (Akut behandling af sygdom/skade/lidelse hos psykolog, fysioterapeut eller kiropraktor må påbegyndes inden godkendelse fra forsikringsgiveren. Skadeanmeldelse skal dog indsendes senest 14 dage efter 1. behandling).

Ved behov for akut psykologisk krisehjælp uden for vores åbningstid, ringer du som altid på tlf. 6520 2120. Indledningsvist får du fat i vores telefonsvarer. Her skal du blot trykke 1 for at komme videre til personlig betjening og kompetent hjælp.

Anmeldelse i forsikringstiden

Anmeldelse skal ske i forsikringstiden.

Akut behandling

Har du brug for akut hjælp skal du altid kontakte egen læge, skadestuen, lægevagten eller ringe 112.

6. MAKSIMAL ERSTATNING

I forsikringsaftalen/velkomstbrevet er anført den maksimale sum, som denne forsikring dækker pr. forsikrede pr. år.

7. IGANGVÆRENDE BEHANDLING I ANDET SELSKAB

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

8. KARENS

Der er ingen karen s på forudbestående lidelser, dog dækkes igangværende behandling og planlagt behandling ikke.

For ordninger, hvor der er tilmeldt mindre end 5 medarbejdere eller frivillige ordninger, er der 6 måneders karen s på forudbestående lidelser.

Sygdom/skade/lidelse skal være relateret til arbejdstiden

Forsikringsgiveren dækker undersøgelse og behandling af sygdom/skade/lidelse, der er direkte relateret til arbejdslivet.

1. FYSIOTERAPI OG KIROPRAKTIK - GENERELT

Forsikringsgiveren dækker fysioterapi og kiropraktik (normalbehandlinger) til sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet. Tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage o.l. dækkes ikke. Behandling kan finde sted i eller uden for forsikringsgiverens netværk.

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

Der tildeles behandlinger pr. region (ryggen opdeles i to: nakke og resten), knæ, hofte, skulder osv.

Henvi sning til fysioterapi, refusion og tilskud

For at sikre fuld refusion skal der foreligge en gyldig henvisning fra egen læge eller en speciallæge og du skal benytte en fysioterapeut med ydernummer. Vælger du en fysioterapeut uden ydernummer dækkes der med beløbet svarende til patientandelen for almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Er du bosat i Sverige og Norge, dækkes det fulde beløb.

Holdtræning hos fysioterapeut dækkes og skal være et led i behandlingen. Der dækkes her maksimalt svarende til patientandelene for holdtræning ved almindelig fysioterapi (indeksreguleres hvert år pr. 1. januar).

Fysioterapi og kiropraktik ved skade/lidelse i bevægeapparatet (ikke opereret)

Forsikringsgiveren dækker med det nødvendige antal behandlinger til skader/lidelser i bevægeapparatet (ikke opereret). Behandlingerne tildeles i portioner.

I forbindelse med din fysioterapeutiske behandling kan du efter minimum én måned s behandling vælge, at konvertere op til 5 måneders behandling til et abonnement hos Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Det kræves, at konverteringen er et led i behandlingen.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

Fysioterapi for graviditetsgener

Hvis der konstateres rygsmærter eller andre gener/symptomer i forbindelse med graviditet i uge 13 eller senere, kan der maksimalt bevilles 6 fysioterapi behandlinger.

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. (Der regnes

fra operationsdagen).

Fysioterapi og kiropraktik til kronisk bevægeapparatslidelse

Har du fået konstateret slidigt af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi- eller kiropraktikbehandlinger pr. løbende 12 måneder. Behandlingerne tildeles i portioner.

Har du fået konstateret en anden kronisk bevægeapparatslidelse (ikke slidigt) af en speciallæge, dækkes der med op til 12 fysioterapi- eller kiropraktorbehandlinger, hvis disse skønnes at føre til betydelig bedring. Hver lidelse dækkes i maksimalt 3 år. Behandlingerne tildeles i portioner.

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

Du har, som led i behandlingen af en kronisk lidelse i bevægeapparatet mulighed for, at få dækket et abonnement hos Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Der dækkes i 3 måneder, hvorefter der kun kan dækkes yderligere, såfremt frekvensen af træningspas (i første måned og herefter) har været minimum 8.

Benytter du et andet fitnesscenter, dækkes der med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiveren kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

2. AKUPUNKTUR, ZONETERAPI, MASSAGE OG ERGOTERAPI

Sygdom/skade/lidelse i bevægeapparatet (ikke opereret), dækkes med akupunktur, zoneterapi, massage og ergoterapi.

Akupunktur

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

Behandlingen skal foretages af en behandler, som er medlem af Danske Akupunktører(DA), Praktiserende Akupunktører(PA), DA-KOBE eller Boel Akupunktur. Der dækkes med maksimalt 395 kr. pr. behandling.

Zoneterapi

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

Behandlingen skal foretages af en behandler, som er medlem af Zoneconnection (ZCT) eller Forenede Danske Zoneterapeuter (FDZ). Der dækkes med maksimalt 395 kr. pr. behandling.

Akupunktur og zoneterapi til kronisk bevægeapparatslidelse

En kronisk lidelse i bevægeapparatet dækkes med i alt op til 10 akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. løbende 12 måneder regnet fra anmeldelsesdagen. Behandlinger tildeles i portioner.

For valg af behandler og refusion se ovenfor.

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

Behandlingerne skal føre til en væsentlig bedring.

Massage

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

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

Ergoterapi

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

3. FODTERAPI

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

4. PSYKOLOG OG PSYKIATER

Forsikringsgiver dækker psykologbehandling hos en cand. psyk. samt udredning hos en psykiater.

Psykolog

Behandlinger kan foretages via såvel forsikringsgivers behandler-netværk som hos psykologer uden for netværket (selvvalgt). Behandlingerne tildeles i portioner og skal varetages af en cand. psyk.

Bliver du behandlet for arbejdsrelateret stress, kan du kombinere forløbet med et medlemskab i Fitness World (oprettes af forsikringsgiveren). Benytter du et andet fitnesscenter, dækker forsikringsgiver med 155 kr. pr. måned. (Forsikringsgiver kan kræve dokumentation for fremmødefrekvens).

I forsikringsgiverens behandler-netværk

Ved psykologbehandling i forsikringsgiverens behandler-netværk er du dækket med det nødvendige antal behandlinger. Din bevilling er gyldig i 6 måneder regnet fra anmeldelsesdagen og kan herefter forlænges.

Uden for forsikringsgiverens behandler-netværk - selvvalgt psykolog

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

Behandlinger dækkes med beløb svarende til praksishonoraret for en psykologydelse i henhold til sygesikringsoverenskomsten. (in-

deksreguleres hvert år pr. 1.januar).

Der kan efter 6 måneders behandling først godkendes til behandling for samme lidelse/problemstilling efter 12 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag.

Akut psykologisk krisehjælp

Akut psykologisk krisehjælp er omfattet ved alvorlige ulykker, dødsfald, vold, trusler, overfald ved røveri, livstruende sygdom.

Psykiater

Udredning og medicinsk opstart/justering hos psykiater dækkes i maksimalt 6 måneder regnet fra første anmeldelsesdag af den psykiske lidelse. Konsultationerne tildeles i portioner.

Der dækkes med op til 2.000 kr. pr. konsultation.

Er du blevet udredt hos en psykiater, kan forsikringsgiveren efter de 6 måneder regnet fra lidelsens første anmeldelsesdag, udelukkende dække psykologbehandling hos en psykolog i behandler-netværket.

Psykiater til samtaleterapi

Anvendes en psykiater til samtaleterapi, sidestilles dette med behandlinger hos en selvvalgt psykolog og afregnes tilsvarende.

5. FORSIKRINGSGIVEREN DÆKKER IKKE

- Udredning- og/eller behandlingsforløb, som af forsikringsgiver betragtes, at være af høj kompleksitet. Disse skal varetages af det offentlige sundhedsvæsen.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik i vores behandler-netværk, såfremt behandling er startet hos en behandler uden for vores behandler-netværk.
- Behandling med fysioterapi og/eller kiropraktik uden for vores behandler-netværk, såfremt behandling er påbegyndt i vores behandler-netværk.
- Indlæg og såler.
- CPM-maskine og hjælpemidler i hjemmet
- Behandling af en alvorlig psykisk sygdom (eksempelvis PTSD).
- Psykologbehandling varetaget af cand. pæd. psyk.
- Adfærdsregulerende behandling.
- Psykiske lidelser med mere end 7 års varighed. Der regnes fra første behandling hos psykolog/ psykiater og frem til sidste gang. Perioder, som ikke er betalt af forsikringsgiveren, medregnes.