



Sundhedsforsikring

Vilkår og betingelser

INDHOLDSFORTEGNELSE	2
Artikel 1. Forsikringens omfang	3
Artikel 2. Definitioner	3
Artikel 3. Dækket personer	5
Artikel 4. Generelle betingelser	5
Artikel 5. Forsikring	7
Artikel 6. Krav	11
Artikel 7. Udtagelser	12
Artikel 8. Klageprocedure	13
Artikel 9. Forkerte oplysninger	13
Artikel 10. Begrænsninger	14
Artikel 11. Meddelelser	14
Artikel 12. Gældende lov og jurisdiktion	14
Meddelelse om beskyttelse af persondata	15

1 FORSIKRINGENS OMFANG

GodSundhed (i det følgende benævnt sygesikring) yder dækning for behandlinger inden for det private sundhedsvæsen, samt for ydelser i forbindelse med planlagte eller afsluttede behandlinger. Tilbagebetalinger er underlagt de maksimale individuelle grænser, og det antal gange, der kan kræves refusion for hver type behandling eller ydelse, som specificeret i Artikel 5.

I alle planer tilbyder GodSundhed dækning af alternative behandlinger uden at kræve en 30-dages venteperiode.

2 DEFINITIONER

I disse forsikringsbetingelser har nedenstående vilkår følgende betydning. Alle andre ord og sætninger, der ikke er angivet her, bruges i deres almindelige betydning.

Forsikringsaftale

Forsikringsaftalen er en aftale, der gælder mellem forsikringstageren og forsikringsselskabet til fordel for medlemsvirksomhedens medarbejdere baseret på.

Forsikret person/forsikret (i det følgende omtalt som dig/dine)

Den forsikrede er ansat i medlemselskabet, og som er berettiget til dækningen i henhold til disse vilkår og betingelser i forsikringsaftalen. Forsikrede skal være hjemmehørende i Danmark.

Medlemsvirksomhed

Juridisk enhed i Danmark, der indgår en medlemsaftale med forsikringsselskabet om at tegne en Forsikringsaftale på vegne af sine ansatte, og som vil sikre sig, at forsikringsaftalens vilkår og betingelser er opfyldt.

Forsikringstager

Medlemsvirksomheden, som underskriver forsikringsaftalen med forsikringsselskabet til fordel for sine ansatte, og som er ansvarlig for betaling af al præmie fra medlemselskabet til forsikringsselskabet.

Forsikringsselskab (i det følgende omtalt som vi/vores/os)

Forsikringsselskabet er MGEN. Registreret i SIREN med firmanummer 775 685 399. Reguleret af bestemmelserne i Tome II i Code de la mutualité og hvis hovedkontor er beliggende på 3 square Max-Hymans 75 748 PARIS CEDEX 15 FRANKRIG er registreret hos Finanstilsynet i Danmark med tilladelse til at drive skadesforsikringsvirksomhed i Danmark fra udlandet. MGEN er medlem af Garantifonden for skadesforsikringsselskaber i Danmark.

Forsikringsselskabets kontrolorgan er: Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - French Prudential Supervisory Authority), 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex Frankrig.

Forsikringsperiode

Forsikringsperioden er 12 måneders periode, som præmien beregnes på, og hvor forsikringsdækningen er gældende. Forsikringsperioden løber fra startdatoen til fornyelsesdatoen. Se også Artikel 4.3 - Hvornår starter og slutter dækningen?

Start dato

Den første dag i forsikringsperioden, hvor den forsikrede er tilføjet forsikringsaftalen. Din startdato fremgår af dit forsikringsbevis.

Fornyelsesdato

Den dag, hvor der er gået 12 kalendermåneder fra startdatoen. Fornyelsesdato er angivet på dit forsikringsbevis.

Forsikringsbevis

Det dokument, der er udstedt til den forsikrede person, der beviser, at medlemsvirksomheden har tegnet sine ansatte på en forsikringsaftale mellem forsikringstageren og forsikringsselskabet. Forsikringsbeviset indeholder den forsikrede start- og fornyelsesdato samt forsikringsydelsesordningen og andre relevante oplysninger.

Forsikringsydelsesplan

Forsikringsydelsesordningen er den erstatningsordning, der er valgt af medlemsvirksomheden eller af dig og markeret i dit forsikringsbevis. Der er 3 forsikringsydelser: Bronze, Sølv og Guld, som dækker listen over berettigede behandlere og er opført i Artikel 5. Ændring af forsikringsydelsesordningen kan kun gennemføres på fornyelsesdatoen af medlemsselskabet eller dig.

Forsikringssummen

Forsikringssummen er det maksimale erstatningsbeløb pr. forsikringsydelsesordning eller pr. dækket behandling eller ydelse, som kan kræves i 1 (én) forsikringsperiode pr. forsikret person.

Praktiserende læge er en behørigt kvalificeret og autoriseret almen læge, speciallæge eller anden medicinsk professionel autoriseret i henhold til dansk lov og beliggende i Danmark.

Behandling er enhver behandling eller ydelse, der er anført i Artikel 5, som skal være medicinsk nødvendig for at opretholde eller genoprette den forsikrede persons helbred på betingelse af, at alle behandlinger og ydelser leveres:

- Af læger inden for det respektive område som defineret
- Er i overensstemmelse med de generelt acceptable medicinske standarder
- I forsikringsperioden

Hospitalsindlæggelse er en behandling, procedure eller operation på den private klinik eller hospital, der kræver indlæggelse mere end 12 timer og overnatning på hospitalet.

Ambulatorisk behandling er en behandling, procedure eller operation i en privat klinik eller hospital, der kræver indlæggelse mindre end 12 timer og ikke kræver overnatning. Et hospitalsophold, der varer mindre end 12 timer, skal være direkte relateret til en kirurgisk procedure eller en medicinsk procedure, der kræver en behandling.

Alternative behandlinger er sessioner hos en fysioterapeut, kiropraktor, osteopat, psykolog, akupunktør, zoneterapeut eller diætist.

Konsultationer eller diagnostiske aftaler med læge i privat klinik eller hospitalsfaciliteter betragtes ikke som hospitalsindlæggelse eller ambulant behandling.

Skadeadministrator

Forsikringsselskabet har udpeget Sedgwick Danmark A/S som sin skadeadministrator for denne forsikringsaftale.

Forsikrings Distributør (i det følgende benævnt distributør)

Forsikringsselskabets distributørpartner i Danmark er Northern1 international insurance brokers OÜ (reg.nr 12806139 adresse Veskiposti 2-1002, 10138 Tallinn, Estland), registreret af det estiske finanstilsyn (www.fi.ee).

Forhandleren er autoriseret af forsikringsselskabet til at tegne forsikringsaftaler til danske medlemsvirksomheder og deres ansatte samt administrere sundhedsforsikringsdækning (udstedelse af medlemsaftaler, forsikringsbeviser, påtegninger, fornyelsesmeddelelser og opkræve, behandle og returnere præmier, hvis det kræves) for

medlemsvirksomheden og dens sikrede personer. I henhold til EU's tjenesteydelsesdirektiv artikel 56 EUF: Fri udveksling af tjenesteydelser og forbud med restriktioner.

GodSundhed er Forsikringsdistributørens handelsnavn for sundhedsforsikring tjenester i Europa.

Distributøren administrerer hjemmesiden www.godsundhed.dk for al forsikringsrelateret information og kommunikation.

3 DÆKKET PERSONER

3.1 Berettigede medlemmer af forsikringsaftalen

3.1.1 Forsikringen kan købes for en gruppe medarbejdere, som en obligatorisk ordning (Medlemsvirksomheden vælger den samme forsikringsydelsesordning for alle sine ansatte) eller som frivillig ordning (medarbejderen har ret til at vælge forsikringsydelsesordningen og fravælge fra dækningen). Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

3.1.2 Den sikrede skal være bosiddende i Danmark og have en fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have et dansk sygesikringskort og være berettiget til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser.

3.2 Til- og frmelding af medarbejdere

3.2.1 Medlemsvirksomheden skal altid holde os orienteret om, hvilke medarbejdere der skal tegnes eller afmeldes forsikringsaftalen og skal sikre, at vi har en opdateret liste over medarbejdere omfattet af kontrakten.

4 GENERELLE BETINGELSER

4.1 Lægens Henvisning

4.1.1 Medmindre andet fremgår af dækningen, skal du have en lægehenvielse eller anbefaling, der beskriver behandlingen, før du bruger forsikringen.

4.1.2 Hvor lægehenvielse er påkrævet, skal den være tilgængelig, før behandlingen påbegyndes eller tjenesten tages i brug.

4.2 Indlæggelse skal forhåndsgodkendes

4.2.1 Du er forpligtet til at indsende fuld behandlingsplan relateret til ordineret operation på privat klinik eller hospital, inklusive lægeundersøgelser før og efter hospitalsindlæggelse og genoptræningsplan til forhåndsgodkendelse af skadeadministratoren (se også Artikel 6.2).

4.3 Hvornår starter og slutter forsikringen?

4.3.1 Dækningen træder i kraft fra den startdato, der er angivet på dit sygesikringsbevis.

4.3.2 Forsikringsperioden løber fra forsikringsperiodens startdato til fornyelsesdatoen.

4.3.3 Forsikringen fornyes automatisk på fornyelsesdatoen, uden kontrakten opsiges af forsikringstageren, forsikringsselskabet eller medlemsselskabet, se pkt. 4.3.6.

4.3.4 Dækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ved opsigelse af forsikringsaftalen mellem forsikringstager og forsikringsgiver
- Ved opsigelse af medlemsaftalen mellem Medlemsselskab og Forsikringstager
- Ved ophør af arbejdsforholdet mellem den sikrede og medlemsselskabet

- Hvis forsikrede ikke længere bor i Danmark
 - Ved den forsikredes død
- 4.3.5 Der udbetales ingen erstatningskrav efter dækningens ophør, og hvis der ikke er udbetalt erstatning, refunderer vi en del af din præmie, hvis denne allerede er betalt af medlemsvirksomheden.

4.3.6 Medlemsvirksomhedens medlemskab kan opsiges:

4.3.6.1 På forsikringsselskabets initiativ:

- I tilfælde af manglende betaling af præmierne fra medlemsvirksomheden;
- På den dato, hvor medlemsselskabet ikke længere er medlem af forsikringstageren.

4.3.6.2 På medlemsvirksomhedens initiativ:

- På kontraktens årlige udløbsdato ved at underrette forsikringstageren mindst to (2) måneder før denne dato. Opsigelsen træder i kraft til (2) måneder efter meddelelsen, ved midnat, i det år, hvor den er underrettet;
- I henhold til bestemmelserne i lov nr. 2019-733 af 14. juli 2019 om ændring af artikel L. 221-10-2 i Code de la Mutualité (den franske lov om gensidige forsikringsselskaber), som trådte i kraft den 1. december 2020.

4.4 Betaling af præmie

4.4.1 Præmien giver pr. sikret person og pr. forsikringsdækning enten på obligatorisk eller frivillig basis.

4.4.2 Medlemsselskabet er ansvarlig for betaling af præmien for alle sikrede personer, der har tegnet en forsikringsaftale.

4.4.3 Præmien for forsikringen betales af Medlemsselskabet til Forsikringstageren via Forhandleren og betales i danske kroner årligt første gang, når aftale mellem Medlemsselskab og Forsikringstager træder i kraft. Senere betalinger følger kontrakten.

4.4.4 I tilfælde af manglende betaling af præmien sendes en rykker i et format, der kan gengives skriftligt, til medlemsvirksomheden mindst ti (10) dage efter forfaldsdatoen med oplysning om, at ved udløbet af en periode i fyrre (40) dage efter afsendelsen af samme brev, vil manglende præmiebetaling medføre, at forsikringsdækningen annulleres.

4.5 Ændring af præmie eller forsikringsbetingelser

4.5.1 Vi forbeholder os retten til, i det omfang loven tillader det, at ændre vilkårene og betingelserne for forsikringsaftalen og niveauet af præmier ved fornyelse.

4.5.2 I sådanne tilfælde vil vi give skriftlig meddelelse om ændringen mindst en (1) måned før ændringen træder i kraft. Den fornyede forsikring skal fra da af tage de betingelser, som forsikringsselskabet har angivet i meddelelsen.

4.5.3 Medlemsselskabet kan vælge at forny forsikringen efter de nye vilkår eller opsiges den inden fornyelsesdatoen.

4.6 Oplysningspligt

4.6.1 Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Modtager vi ikke de nødvendige oplysninger, bortfalder retten til dækning.

4.6.2 Vi har ret til at spørge om dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til at indhente nødvendige oplysninger fra læger, hospitaler og andre behandlere med relevant viden om dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, vi anser for nødvendige, herunder indhente lægejournaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred.

Vi indsamler altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden før og efter forsikringens ikrafttræden.

4.6.3 Vi skal altid have besked, hvis du skifter adresse.

4.6.4 Medlemskab af Sygeforsikringen "danmark" skal altid oplyses i forbindelse med oprettelse af et krav, da vi er berettiget til at modtage dette tilskud.

4.7 Tab af krav

4.7.1 Hvis dækningen udløber, skal ethvert erstatningskrav for behandling udført i forsikringsperioden fremsættes skriftligt til forsikringsselskabet inden for 3 måneder.

4.7.2 Når du anmelder en skade, eller hvis du anmoder om forhåndsgodkendelse af behandlingen, er du forpligtet til at informere os, hvis du har forladt eller vil forlade virksomheden. Forsikringen dækker godkendte skader, der er anmeldt i forsikringsperioden i op til 3 måneder fra den dato, du forlader virksomheden. Vi kan kræve tilbagebetaling af omkostninger til undersøgelse eller behandling, hvis du har undladt at informere os om, at du har forladt virksomheden og har modtaget mere end 3 måneders behandling.

4.7.3 I andre situationer gælder den gældende lov om forældelse til enhver tid.

4.8 Dobbeltforsikring

4.8.1 Hvis du har gjort krav til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette i forbindelse med et krav til os.

4.8.2 Hvis der er dækning fra den offentlige sygesikring, Sygeforsikringen "danmark" eller et andet privat sygeforsikringselskab, vil dækningen fra denne forsikring være sekundær, og den øvrige dækning bør derfor anvendes først.

4.8.3 Forsikringselskabet betaler kun omkostningerne efter fradrag af eventuelle tilskud eller udbetalinger omfattet af andre ordninger.

4.9 Kvalificerende bestemmelser

4.9.1 Der er ingen karenstid for eksisterende lidelser med undtagelse af de særlige bestemmelser for misbrugsbehandling hvor du skal have været dækket af forsikringen i mindst 6 måneder, før der dækkes udgifter til behandling af afhængighed, der er dækket (se Artikel 5).

5 FORSIKRING

5.1 Dækningsbetingelser

5.1.1 Vi refunderer den forsikrede person det beløb, de blev opkrævet af lægen uden for det offentlige sygesikringsystem for hver behandling og ydelse eller forsikringssummen pr. behandling og ydelse på listen over dækkede behandlinger, alt efter hvad der er lavere.

5.1.2 Den forsikrede person refunderes for gebyrer for hospitalsindlæggelse, hvis behandlingen ikke er startet inden for 30 dage på et offentligt hospital fra datoen, hvor diagnosen er stillet.

5.1.3 Hyppighedsgrænserne pr. forsikringsperiode gælder for visse behandlinger, se tabel 1 i Artikel 5.2.

5.1.4 Den samlede erstatning for forsikringsperioden kan ikke overstige den maksimale forsikringssum og fastsatte frekvensgrænser anført i tabel 1 i Artikel 5.2.

5.1.5 Når et nyt forsikringsår begynder, nulstilles frekvensgrænsen og den maksimale forsikringssum, og den forsikrede kan igen nyde godt af de fulde beløb i henhold til den valgte ydelsesordning.

5.1.6 Alle ydelser vil blive udbetalt i overensstemmelse med sædvanlige og accepterede gebyrniveauer for den modtagne behandling. Afgifterne skal være rimelige, nødvendige, afholdt helt og udelukkende med henblik på behandling og i overensstemmelse med skadeadministratorens udtalelse, hvis afgørelse vil være endelig.

5.2 Dækkede behandlinger og tjenester

Forsikringen dækker listen over behandlinger beskrevet i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1: Fordele pr. forsikringsydelsesordning pr. forsikringsperiode.

		BRONZE PLAN	SØLV PLAN	GULD PLAN
Se artiklens punkt	SAMLET FORSIKRINGSSUM PR. FORSIKRINGSPERIODE	20.000 kr	700.000 kr	1 000 000 kr
	Behandling/Service	Maksimalt forsikringssum pr. forsikringsperiode og frekvensgrænser pr. behandling eller ydelse	Maksimalt forsikringssum pr. forsikringsperiode og frekvensgrænser pr. behandling eller ydelse	Maksimalt forsikringssum pr. forsikringsperiode og frekvensgrænser pr. behandling eller ydelse
5.2.1	Fysioterapeut eller kiropraktor eller osteopat	400 kr 10 x	450 kr 10 x	450 kr 15 x
5.2.2	Psykolog	500 kr 8 x	500 kr 10 x	500 kr 15 x
5.2.3	Akupunktur eller zoneterapi	400 kr 8 x	400 kr 10 x	400 kr 12 x
5.2.4	Diætist	400 kr 8 x	400 kr 10x	400 kr 12 x
5.2.5	Second opinion	2.400 kr	3.000 kr	3.500 kr
5.2.6	Lægeudgifter forbundet med hospitalsindlæggelse	N/A	15.000 kr	20.000 kr
5.2.7	Rehabilitering (efter indlæggelse)	N/A	25.000 kr	50.000 kr
5.2.8	Hjemmesygepleje (efter indlæggelse)	N/A	15.000 kr	25.000 kr
5.2.9	Transportomkostninger forbundet med indlæggelse	N/A	1.000 kr	2.000 kr
5.2.10	Akut traumehjælp	1.000 kr 2 x	1.000 kr 3 x	1.000 kr 5x
5.2.11	Misbrugsbehandling	N/A	10.000 kr	15.000 kr
5.2.12	Telekonsultation	400 kr 3x	400 kr 5x	400 kr 7x
5.2.13	Hospitalsindlæggelse > 12 timer	N/A	100 %	100 %
5.2.14	Hospitalsindlæggelse < 12 timer (ambulatorisk behandling)	N/A	N/A	100 %

5.2.1 Fysioterapeut eller kiropraktor eller osteopat

Forsikringen dækker op til den maksimale forsikringssum pr. behandling og antal sessioner angivet i tabel 1 for én type behandling eller forskellige behandlinger kombineret i forsikringsperioden pr. forsikret person.

Besøget hos fysioterapeut eller kiropraktor eller osteopat kræver ingen lægehenviisning.

Hvis der er planlagt eller forventet mere end 5 sessioner, skal de forhåndsgodkendes af skadeadministratoren.

5.2.2 Psykolog

Forsikringen dækker op til den maksimale forsikringssum pr. behandlingssession og antal sessioner angivet i tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person.

Behandlingen hos psykolog kræver lægediagnose og henvisning.

Hvis der er planlagt eller forventet mere end 5 sessioner, skal de forhåndsgodkendes af kravadministratoren.

5.2.3 Akupunktur eller zoneterapi

Forsikringen dækker op til maksimal forsikringssum pr. behandling og aftalt antal sessioner angivet i tabel 1 for en eller forskellige behandlinger kombineret i forsikringsperioden pr. forsikret person.

Akupunktur- eller zoneterapibehandlingen kræver ingen lægehenvi-
sning.

Hvis der er planlagt eller forventet mere end 5 sessioner, skal de forhåndsgodkendes af skadeadministratoren.

5.2.4 Diætist

Forsikringen dækker medicinsk begrundet behandling af en autoriseret klinisk diætist op til maksimal forsikringssum pr. behandling og antal sessioner angivet i tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person.

Hvis der er planlagt eller forventet mere end 5 sessioner, skal de forhåndsgodkendes af skadeadministratoren.

5.2.5 Second opinion

Forsikringen dækker op til maksimalt forsikringssum angivet i tabel 1 pr. forsikringsperiode hos en relevant læge, hvis du:

- Har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade.
- Står over for valget om at modtage særlig risikabel behandling, som kan være livstruende eller resultere i varigt mén.

5.2.6 Lægeudgifter (knyttet til hospitalsindlæggelse)

Forsikringen (undtagen Bronze plan) dækker udgifter til sygehusbehandlingsrelaterede lægeundersøgelser og ordineret medicin op til grænsen angivet i tabel 1.

Dækningen omfatter lægeundersøgelser, der er nødvendige op til 15 dage før og 30 dage efter hospitalsindlæggelse, sammen med udgifter til selvbetalt receptpligtig medicin, der er nødvendig for en operation.

Alle lægeundersøgelser og medicin skal ordineres af en speciallæge og er nødvendige for enten det kirurgiske indgreb eller den postoperative genoptræning.

5.2.7 Rehabilitering (efter indlæggelse)

Forsikringen dækker (undtagen Bronze plan) op til den maksimale forsikringssum angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret for revalideringsophold i Danmark i direkte forbindelse med en dækningsberettiget operation. Opholdet skal ordineres skriftligt af den behandlende læge. Genoptræning skal beskrives i behandlingsplan og forhåndsgodkendes af skadeadministratoren.

5.2.8 Hjemmesygepleje (efter indlæggelse)

Forsikringen dækker (undtagen Bronze plan) op til den maksimale forsikringssum angivet i Tabel 1 pr.

forsikringsperiode pr. forsikret person for midlertidig hjælp som rengøring, indkøb, personlig hygiejne og på-/afklædning i hjemmet i direkte forbindelse med en dækkende operation. Som en nødvendig del af behandlingen skal hjælpen ordineres af den behandlende læge og forhåndsgodkendes af skadeadministratoren.

5.2.9 Transport (knyttet til hospitalsindlæggelse)

Forsikringen dækker (undtagen Bronze plan) transportomkostninger til og fra hospitalsindlæggelsen op til den maksimale forsikringssum angivet i tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person, hvis vi som følge af vores navigationsproces henviser dig til privat klinik eller hospital i Danmark mere end 25 km fra din bopæl.

5.2.10 Akut traumehjælp

Forsikringen dækker akut traumerådgivning op til maksimum forsikringssum og antal sessioner angivet i tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret, hvis du har oplevet en akut psykisk krise på grund af en af følgende:

- Hvis du har oplevet en pludselig alvorlig hændelse/ulykke, hvor du har været i fare.
- Hvis du bliver udsat for et røveri, overfald, vold eller kidnapning.
- Brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller din egen virksomhed (skal anmeldes til politiet).
- Hvis du får konstateret en livstruende sygdom.
- Død i din nærmeste familie.
- Hvis et medlem af din nærmeste familie får konstateret en livstruende sygdom.
- Hvis du oplever et familiemedlems eller kollegas pludselige, uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke.

Ved nærmeste familie forstås ægtefælle, samlever, egne børn, ægtefælles/samlevers børn og adoptivbørn.

5.2.11 Misbrugsterapi

Forsikringen dækker (undtagen Bronze-ordning) op til den maksimale forsikringssum angivet i tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person for misbrug af og afhængighed af:

- Alkohol
- Receptpligtig medicin
- Narkotika (rusmidler omfattet af lov om euforiserende stoffer)
- Diagnostiseret ludomani (afhængighed af ludomani)
- Kompulsiv seksuel adfærd

Misbrugsbehandlingen kræver lægediagnose og lægehenvielse.

Ingen andre former for afhængighed er dækket bortset fra dem, der er nævnt ovenfor. "Afhængighedsterapi" er først dækket, når du har været omfattet af policen i 6 måneder.

Det er muligt at overføre anciennitet i forbindelse med direkte overflytning fra en anden virksomhed, hvor du også havde tilsvarende dækning.

5.2.12 Telekonsultation med erfarne læger uden for egen læges åbningstid

Forsikringen dækker op til maksimum forsikringssum pr. konsultation og antal konsultationer angivet i tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikringsperson.

Telekonsultation kræver ingen henvisning fra din egen læge, men vi vil henvise dig til din egen læge i tilfælde, hvor vi vurderer, at du af medicinske årsager bør konsultere en læge.

Hvis du har brug for telekonsultation, besøg venligst www.godsundhed.dk/skade for tilgængeligt telefonnummer.

5.2.13 Indlæggelse > 12 timer

Forsikringen dækker (undtagen Bronzeplan) indlæggelse i mere end 12 timer på en privat klinik eller hospital, hvis du er diagnosticeret og henvist af speciallæge i forsikringsperioden, og din behandling ikke er startet inden for 30 dage, på et offentligt hospital, fra diagnosedatoen.

Du har altid frit valg af privat klinik eller hospital. På din anmodning kan vi hjælpe dig med at finde det hospital eller klinik, der har den hurtigste behandlingstid og er tættest på dig. Hvis sidstnævnte ikke er muligt, dækker vi udgifterne til transport til og fra den private klinik eller hospital, som vi foreslår, se Artikel 5.2.9

For navigationsservice kontakt venligst skadeadministrator på nummer tilgængeligt på hjemmesiden www.godsundhed.dk/skade.

Når det er muligt, vil betalingen finde sted direkte mellem behandlingsstedet og os i henhold til forhåndsgodkendelse af hospitalsbehandlingsomkostninger af skadeadministratoren.

5.2.14 Indlæggelse ≤ 12 timer (ambulatorisk behandling)

Forsikringen dækker (undtagen Bronze- og Sølv plan) ambulat behandling i privat klinik eller hospital mindre end 12 timer eller lig med 12 timer, hvis du i forsikringsperioden er diagnosticeret og henvist af speciallæge, og din behandling ikke er startet inden 30 dage på offentligt sygehus fra datoen for diagnosen.

Du har altid frit valg af privat klinik eller hospital. På din anmodning kan vi hjælpe dig med at finde det hospital eller klinik, der har den hurtigste behandlingstid og er tættest på dig. Hvis sidstnævnte ikke er muligt, dækker vi udgifterne til transport til og fra den private klinik eller hospital, som vi foreslår, se Artikel 5.2.9

For navigationsservice kontakt venligst skadeadministrator på nummer tilgængeligt på hjemmesiden www.godsundhed.dk/skade.

Når det er muligt, vil betalingen finde sted direkte mellem behandlingsstedet og os i henhold til forhåndsgodkendelse af hospitalsbehandlingsomkostninger af skadeadministratoren.

6 KRAV

6.1 Anmeldelse af krav

6.1.1 Alle krav, hvor der kræves erstatning, skal være for behandling eller service, der er nødvendig og først opstået efter start datoen og afsluttet inden for forsikringsåret.

6.1.2 For krav, hvor den forsikrede kræver erstatning, skal den detaljerede faktura fra behandleren indeholde følgende:

- Behandlerens navn, adresse og licensnummer
 - Navnet på den forsikrede (patienten) der modtog behandling
 - Behandlings- eller servicedato(er)
 - Beskrivelse behandling eller service modtaget
 - Det opkrævede gebyr for hver behandling eller service
 - Eventuelle fradrag for Sygeforsikringen "danmark" eller den offentlige sygesikring
- 6.1.3 Den forsikrede skal anmelde skaden til forsikringsselskabets udpegede skadeadministrator ved at uploade en kopi af faktura og betalingskvittering på vores sikker og adgangskodebeskyttet webportal, der tilgås via www.godsundhed.dk/skade.
- 6.1.4 Du skal altid give os besked, når du anmelder, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden.
- 6.1.5 Såfremt faktura ikke betales direkte af skadeadministrator, skal faktura for forhåndsgodkendte behandlinger

og/eller transport altid indsendes senest 6 måneder efter sidste behandlingsdato for at kunne opnå refusion.

6.1.6 Forsikrings-selskabet kan for egen regning anlægge sag i forsikrede personers navn for at inddrive sine tab fra tredjemand med hensyn til tab eller skade, der er dækket af denne forsikring, og ethvert inddrevet beløb skal tilhøre forsikrings-selskabet.

6.2 Forhåndsgodkendelse af indlæggelse og relaterede omkostninger

6.2.1 Den forsikrede skal indhente forhåndsgodkendelse fra den udpegede skadeadministrator før følgende behandlinger eller ydelser:

- Hospitalsindlæggelse > 12 timer
- Hospitalsindlæggelse < 12 timer (ambulatorisk behandling)
- Lægeudgifter (knyttet til hospitalsindlæggelse)
- Rehabilitering (efter indlæggelse)
- Hjemmesygepleje (efter indlæggelse)
- Transport (knyttet til hospitalsindlæggelse)

6.2.2 Hvis der ikke opnås forhåndsgodkendelse, er forsikrings-selskabet ikke forpligtet til at betale for disse behandlinger.

6.2.3 For at forhåndsgodkende behandlingen eller ydelser vil vi kræve, at en læges behandlingsplan indsendes til skadeadministrator på vores sikre og adgangskodebeskyttet webportal via www.godsundhed.dk/skade.

Behandlingsplanen skal indeholde følgende oplysninger:

- Fuld behandlingsbeskrivelse inklusive præ- og efterbehandlingsydelser, hvis det kræves
- Omkostninger til behandlingen og før- og efterservice, hvis det kræves
- Lægens navn, adresse og licensnummer

6.2.4 Skadeadministratoren kan i nogle tilfælde anmode om yderligere oplysninger for at gennemføre en forhåndsgodkendelse. Når forhåndsgodkendelsen er behandlet, sender skadeadministratoren en bekræftelse tilbage til den forsikredes e-mailadresse.

6.2.5 Det anbefales, at du ikke takker ja til behandling, før du har modtaget en forhåndsgodkendelse. Hvis du gør det, vil du være ansvarlig for de omkostninger, vi ikke har forhåndsgodkendt.

6.3 Akut traumehjælp

Hvis dit krav vedrører akut traumerådgivning, kan du besøge www.godsundhed.dk/skade for telefonnummer til rådighed for 24 timers hjælp. Du skal altid meddele det vagthavende personale, at du er forsikret hos GodSundhed.

7 UNDTAGELSER

- Behandlinger, der ikke er beskrevet i Artikel 5, eller som er udelukket i disse vilkår og betingelser;
- Behandlinger, der er dækket af offentlige sundhedsydelser;
- Behandlingsomkostninger, der overstiger frekvensgrænsen, maksimal forsikringssum pr. behandling eller ydelse og maksimal forsikringssum pr. forsikringsperiode pr. valgt ydelsesordning;
- Behandlinger, der er påbegyndt eller planlagt, før forsikringen træder i kraft, er ikke dækket.
- Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af en sygdom/tilskadekomst, der opstår under rejse eller under ophold i udlandet;
- Parterapi, familierapi, coaching, selvudvikling, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologisk terapi af forebyggende karakter er ikke omfattet;
- Forebyggende og vedligeholdelsesundersøgelser og -behandlinger, vaccinationer, helbredsundersøgelser,
- sundhedstjek og andre forebyggende kontroller;
- Kosmetiske behandlinger og procedurer og deres konsekvenser, herunder lidelser, der anses for kosmetiske under disse tilstande, fx brystforstørrelse og -reduktion, brystrekonstruktion, problemer forbundet med kosmetiske implantater, ansigtsløft, hængende øjenlåg (nedre og øvre) og gynækomasti. Behandlinger med Botox og Xiapex er ikke

dækket;

- Skader, der opstår som følge af eller under udførelsen af professionel sport. Professionel idræt betyder udøvelse af idræt, hvor du modtager betaling fra en idrætsklub eller sponsorer, og hvor idrætten udøves som en primær virksomhed;
- En sygdom/skade, der direkte eller indirekte er selvforskyldt på grund af forgiftning, påvirkning af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade forårsaget forsætligt eller ved grov uagtsomhed, fx slagsmål, selvmordsforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader forårsaget af manglende overholdelse af sundhedsanbefalinger;
- Skade/sygdom forårsaget af krig, krigslignende handlinger og forhold, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, nukleare reaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, stråling fra radioaktivt brændstof og affald, epidemier og pandemier.

8 KLAGEPROCEDURE

8.1 I tilfælde af utilfredshed med ethvert aspekt af denne forsikringsaftale vilkår og betingelser vil medlemsselskabet eller den sikrede til enhver tid have mulighed for at klage. Enhver klage skal meddeles distributøren:

GodSundhed klageafdelingen
www.godsundhed.dk/klage
e-mail: support@godsundhed.dk

8.2 Klagen skal indeholde navn og adresse på ansøger og beskrivelse af den hændelse, der ligger til grund for klagen.

8.3 Klagen vil blive behandlet hurtigt, effektivt og på en hensynsfuld måde. Opfattes reklamationen som en misforståelse eller en enkelt fejl, vil denne blive behandlet med det samme. Distributørens klageafdeling skal hurtigst muligt, dog senest inden for 14 dage, give skriftlig meddelelse om, hvordan de har behandlet denne anmodning, og hvordan den er fulgt op over for forsikringsselskabet. Hvis klagen ikke kan løses, vil medlemsselskabet eller den sikrede få udstedt et endeligt svarbrev inden for 30 dage efter anmeldelse af skaden med forsikringsselskabets afgørelse.

8.4 Hvis en medlemsvirksomhed eller en forsikret person ikke er tilfreds med forsikringsselskabets afgørelse, kan denne klage til Ankenævnet for Forsikring på www.ankeforsikring.dk.

På tidspunktet for indgivelsen af en klage betales et gebyr fastsat af Ankenævnet for Forsikring, som betales tilbage, hvis klagen giver helt eller delvis medhold. Ankenævnets adresse er:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
Postboks 360
1572 København V
Tlf. 33 15 89 00 mellem 10:00 og 13:00
www.ankeforsikring.dk

9 FORKERTE OPLYSNINGER

Forsikringen kræver korrekte oplysninger. Hvis du afgiver urigtige oplysninger eller skjuler oplysninger, når forsikringsaftalen oprettes eller senere, vil bestemmelserne i forsikringsaftaleloven være gældende, og dækningen kan helt eller delvis bortfalde efter vores skøn.

10 BEGRÆNSNINGER

Aftalen følger de normale forældelsesregler efter gældende forældelseslov.

11 MEDDELELSER

11.1 Alle meddelelser, herunder udstedelse af forsikringsdokumenter, vilkår og betingelser, oplysninger om fornyelse og ændringer af forsikringsaftalen fra forsikringsselskabet, giver til medlemsvirksomheden og til den forsikrede af den udpegede distributør.

11.2 De seneste opdaterede forsikringsbetingelser er altid tilgængelig på vores hjemmeside www.godsundhed.dk.

11.3 Hvis oplysningerne fra medlemsselskabet eller den forsikrede viser sig eller bliver unøjagtige eller utilstrækkelige, eller hvis der finder væsentlige ændringer sted, skal medlemsvirksomheden eller den forsikrede informere distributøren herom så hurtigt som muligt.

12 GÆLDENDE LOV OG JURISDIKTION

12.1 Denne forsikring er underlagt dansk lovgivning og jurisdiktion. Eventuelle tvister afgøres ved en dansk domstol.

12.2 I de tilfælde, hvor der er anvendt en fremmedsproget forsikringsaftale eller forsikringsbetingelser, vil enhver uoverensstemmelse som følge af oversættelsen medføre, at den danske tekst altid er gældende.

MEDDELELSE OM BESKYTTELSE AF PERSONDATA

1. DATABESKYTTELSE

Vi er (Dataansvarlige) er forpligtet til at beskytte og respektere dit privatliv i overensstemmelse med den gældende databeskyttelseslovgivning ("Lovgivning").

2. SÅDAN BRUGER VI DINE OPLYSNINGER

2.1 Vi kan bruge personoplysninger, vi har om dig, på følgende måder:

- For at yde forsikring, behandle erstatningskrav og til ethvert andet relateret formål. Dette kan omfatte beslutninger om forsikringstegning, som træffes via automatiserede midler - det gøres for at opfylde forsikringsaftalen mellem dig og os.
- For at tilbyde fornyelse, forskning eller til statistisk formål - det sker af hensyn til vores legitime interesser: for at kunne analysere historiske aktiviteter, forbedre vores vurderingsalgoritmer og for at hjælpe med at forudsige fremtidig indvirkning på virksomheden. For at fremme kommercielle interesser, for at forbedre produkttilbuddet og for at udvikle nye systemer og processer.
- For at give dig oplysninger, produkter eller tjenester, som du anmoder os om, eller som vi tror kan være af interesse for dig, hvor du har givet samtykke til at blive kontakket i sådanne øjemed.
- For at underrette dig om ændringer i vores tjeneste - i forbindelse med vores retlige og forskriftsmæssige forpligtelser.
- For at forebygge svindel og hvidvask af penge og for at overholde generelle retlige og forskriftsmæssige forpligtelser - dette sker af hensyn til vores retlige og forskriftsmæssige forpligtelser.

2.2 Følsomme (særlige) personoplysninger (såsom oplysninger, der vedrører sundhed) kan være påkrævet af os specifikt med hensyn til forsikringstegning og afsløring af svindel eller som en del af skadehåndteringsprocessen. Videregivelse af sådanne data er en betingelse for, at vi kan yde forsikring eller håndtere en skade, og du kan trække dit samtykke tilbage, så vi ikke kan behandle disse data, kan det føre til, at vi ikke kan fortsætte dækningen eller behandle skadeskrav. Når sådanne data videregives til os, vil de kun blive brugt til formålet, der er angivet ovenfor, og de bliver behandlet sikkert og i overensstemmelse med denne meddelelse.

3. VIDEREGIVELSE AF DINE PERSONOPLYSNINGER

Vi kan videregive dine personoplysninger til tredjeparter, som leverer produkter eller services til os, eller til serviceudbydere, som yder services på vores vegne. Disse omfatter:

- Vores koncernvirksomheder
- Tilknyttede partnere
- Mæglere, agenter, tredjepartsadministratorer, reassurandører og andre forsikringsmæglere
- Medicinske serviceudbydere
- Bedrageribekæmpelsesagenturer
- Taksatorer
- Eksterne advokatfirmaer
- Eksterne revisorer
- Tilsynsmyndigheder
- Og tredjeparter som kan være påkrævet ved lov

Vi kan også videregive dine personoplysninger:

- Hvis vi sælger eller køber en virksomhed eller aktiver. I sådanne tilfælde kan vi videregive dine personoplysninger til den potentielle sælger eller køber af en sådan virksomhed eller aktiver.
- Hvis en virksomhed eller hovedparten af dens aktiver erhverves af en tredjepart. I sådanne tilfælde vil personoplysninger, som selskabet ligger inde med om sine kunder, udgøre et af de overførte aktiver.
- For at beskytte vores kunder eller andres rettigheder, ejendom eller sikkerhed.

4. INTERNATIONAL OVERFØRSEL AF DATA

Vi kan overføre dine personoplysninger til steder uden for Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EØS). Hvis vi overfører dine personoplysninger uden for EØS, vil vi sikre, at oplysningerne behandles sikkert og i overensstemmelse med denne privatlivsmeddelelse og lovgivningen. Vi overfører kun data til lande, som Europa-Kommissionen anser for at have tilstrækkelig beskyttelse. I lande hvor der ikke foreligger en passende beslutning, anvender vi Europa-Kommissionens godkendte standardkontraktbestemmelser med sådanne parter for at beskytte oplysningerne. Der kan indhentes en kopi af standardkontraktbestemmelserne ved at skrive til Data Protection Commission, VYV IB, 62-68 rue Jeanne d'Arc - 75013 Paris eller dpo@groupe-vyv.fr.

5. DINE RETTIGHEDER

Du har ret til:

- At bede os om ikke at behandle dine oplysninger til markedsføringsformål.
- At se en kopi af de personlige oplysninger, som vi har om dig.
- At bede os om at slette dine personoplysninger (med forbehold af visse undtagelser).
- At få unøjagtige eller misvisende oplysninger rettet eller slettet.
- At bede os om at give en kopi af dine oplysninger til en dataansvarlig.
- At indgive en klage til den lokale databeskyttelsestilsynsmyndighed.

Hvis du ønsker adgang til dine personoplysninger, kan du skrive til The Data Protection Officer, VYV IB: 62-68 rue Jeanne d'Arc - 75013 Paris eller dpo@groupe-vyv.fr.

6. MARKEDSFØRING

Hvis du har givet samtykke, kan vi dele personoplysninger, som du giver os, inden for MGEN-koncernen af virksomheder og med andre virksomheder, som vi etablerer kommercielle forbindelser med. De og vi kan kontakte dig (via post, e-mail, telefon, sms eller på anden måde) for at fortælle dig om vores produkter, tjenester eller tilbud, som vi mener, du vil være interesseret i, eller for at levere kommercielle opdateringer.

7. OPBEVARING

Dine oplysninger vil ikke blive opbevaret længere end nødvendigt, og de vil blive administreret i overensstemmelse med vores dataopbevaringspolitik. I de fleste tilfælde vil opbevaringsperioden være en periode på ti (10) år efter forsikringsaftalens udløb, eller efter vores samarbejde med dig er ophørt, dog ikke hvis det påhviler os at opbevare oplysningerne i en længere periode på grund af forretningsmæssige, retlige eller forskriftsmæssige forpligtelser.