



Sundhedsforsikring

Vilkår og betingelser

INDHOLDSFORTEGNELSE	2
Artikel 1. Forsikringens omfang	3
Artikel 2. Definitioner	3
Artikel 3. Dækkede personer	5
Artikel 4. Generelle betingelser	6
Artikel 5. Forsikringsdækning	8
Artikel 6. Krav	13
Artikel 7. Undtagelser	14
Artikel 8. Klageprocedure	15
Artikel 9. Fejlagtige oplysninger	16
Artikel 10. Forældelse	16
Artikel 11. Meddelelser	16
Artikel 12. Gældende lov	16
PRIVATLIVS- OG DATABESKYTTELSESERKLÆRING	17

1 FORSIKRINGENS OMFANG

GodSundhed sundhedsforsikring dækker hospitals- og ambulante behandlinger på private klinikker eller private hospitaler i Danmark, hvis din behandling ikke er påbegyndt inden for 30 dage i den offentlige sundhedssektor fra datoen for den stillede diagnose, begrænset til rimelige og sædvanlige udgifter og de forsikringssummer, der er specificeret i Artikel 5.

Andre behandlinger, som er beskrevet i Artikel 5 har deres egne dækningsregler og grænser.

2 DEFINITIONER

I disse forsikringsbetingelser har nedenstående termer følgende betydning. Alle andre ord og udtryk, der ikke er anført her, bruges i deres almindelige betydning.

Forsikringsaftalen

Forsikringsaftalen er en aftale mellem forsikringstageren og forsikringselskabet til fordel for medlemsvirksomhedens medarbejdere (almindeligvis kaldet forsikrede), der er tilmeldt sundhedsforsikringen baseret på en medlemskabsaftale mellem forsikringstageren og medlemsvirksomheden.

Forsikrede person/forsikrede (i det følgende benævnt du/din)

Den forsikrede person er en medarbejder i medlemsvirksomheden. Den forsikrede har ret til sundhedsforsikringsdækningen i henhold til disse vilkår og betingelser for forsikringsaftalen.

Medforsikret person

Følgende personer kan udpeges som medforsikrede:

- Ægtefællen er den forsikredes mand eller kone, som hverken er skilt eller juridisk separeret,
- Registreret partner, der har indgået et registreret partnerskab med den forsikrede for at organisere deres fælles liv,
- Samboer, som kan verificeres på CPR-registeret
- Barn/børn af den forsikrede og/eller hans/hendes ægtefælle, registrerede eller samboende partner:
 - Under 18 år.
 - Mellem 18 og 24 år, forudsat at de læser på en sekundær eller højere uddannelse (barnet kan dog have en midlertidig jobansættelse, forudsat at den ikke overstiger tre måneder om året). Et studiebevis skal fremsendes til distributøren ved ansøgningsprocessen og ved fornyelse. Desuden skal kopi af studiebevis vedlægges til skadesadministrator ved skaderegistrering.
 - Fysisk eller mentalt handicappet, uanset alder (bevis for handicap skal fremsendes til distributøren ved ansøgningsprocessen) og hvis de opfylder følgende betingelser: ikke være ansat eller ikke modtage egne indtægter på grund af deres arbejde og være økonomisk afhængig af den forsikrede.

Medforsikrede er berettiget til sundhedsforsikringsdækningen i henhold til disse vilkår og betingelser for forsikringsaftalen.

Medlemsvirksomhed

En juridisk enhed i Danmark, der indgår en medlemskabsaftale med forsikringstageren for at tegne en forsikringsaftale på vegne af sine medarbejdere og sikrer, at aftalens vilkår og betingelser overholdes.

Forsikringstager

Association pour la Solidarité entre personnes en mobilité internationale (ASPMI), som underskriver aftalen med forsikringsselskabet til fordel for sine medlemsvirksomheder og er ansvarlig for betalingen af alle præmier fra medlemsvirksomheden til forsikringsselskabet.

Forsikringsselskab (i det følgende benævnt vi/os/vore)

Forsikringsselskabet er MGEN, registreret i SIREN med virksomhedsnummer 775 685 399. Reguleret af bestemmelserne i Tome II af Code de la mutualité med hovedkontor på 3 square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15, Frankrig. MGEN er registreret hos Finanstilsynet i Danmark med tilladelse til at drive skadesforsikringsvirksomhed i Danmark fra udlandet, hvilket kan verificeres på www.finanstilsynet.dk. MGEN er medlem af Garantifonden for skadesforsikringsselskaber i Danmark.

Forsikringsselskabets tilsynsmyndighed er Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – Fransk tilsynsmyndighed), 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex, Frankrig.

Forsikringsperiode

Forsikringsperioden er en 12-måneders periode, hvor præmien beregnes, og hvor dækningen er gyldig. Policens løbetid løber fra startdatoen til fornyelsesdatoen. Se også Artikel 4.3.

Startdato

Den første dag i forsikringsperioden, hvor den forsikrede person tilføjes til sundhedsforsikringsaftalen. Din startdato er angivet på dit forsikringsbevis.

Fornyelsesdato

Den dag, hvor 12 kalendermåneder er gået siden startdatoen, som er angivet på dit forsikringsbevis.

Forsikringsbevis

Dokumentet udstedt til den forsikrede person, der beviser, at medlemsvirksomheden har tilmeldt sine medarbejdere og deres medforsikrede til forsikringsaftalen mellem forsikringstageren og forsikringsselskabet.

Forsikringsydelsesplan

Forsikringsydelsesplanen er den erstatningsplan, der er valgt af medlemsvirksomheden eller af dig. Den er angivet på dit forsikringsbevis. Der er tre forsikringsydelsesplaner: Bronze, Sølv og Guld, som dækker listen over berettigede behandlinger og tjenester anført i Artikel 5. Ændring af forsikringsydelsesplanen kan kun foretages på fornyelsesdatoen af medlemsvirksomheden eller dig.

Forsikringssum

Forsikringssummen er det maksimale erstatningsbeløb pr. forsikringsydelsesplan eller pr. dækket behandling eller tjeneste, som kan kræves i én forsikringsperiode pr. forsikrede person.

Autoriseret behandler er en behørigt kvalificeret og licenseret almen læge, specialist eller anden sundhedsprofessionel, der er autoriseret i henhold til Dansk lov og beliggende i Danmark.

Behandling er enhver behandling eller tjeneste, der er opført i Artikel 5, som skal være medicinsk nødvendig for at opretholde eller genoprette den forsikredes helbred, under forudsætning af, at alle behandlinger og tjenester:

- Finder sted i Danmark (eksklusive Grønland og Færøerne).
- Udføres af en autoriseret behandler inden for det respektive felt som defineret.
- Er i overensstemmelse med generelt accepterede medicinske standarder.
- Finder sted i forsikringsperioden.

Indlæggelse er en behandling, procedure eller operation på en privat klinik eller privat hospital, der kræver indlæggelse i mere end 12 timer og en overnatning på hospitalet.

Ambulant behandling er en behandling, procedure eller operation på en privat klinik eller privat hospital, der kræver mindre end 12 timers behandling og ingen overnatning.

Skadesadministrator (i det følgende benævnt administrator)

Forsikringsselskabet har udpeget Sedgwick Danmark A/S som skadesadministrator for denne police.

Distributør

Forsikringsselskabets distributionspartner i Danmark er Northern1 international insurance brokers OÜ (reg. 12806139 på Veskiposti Street 2-1002, 10138 Tallinn, Estland), som er opført på listen over forsikringsformidlere hos det estiske finanstilsyn (www.fi.ee).

Distributøren er autoriseret af forsikringsselskabet til at tilmelde danske medlemsvirksomheder til medlemskabsaftalen med forsikringstageren og administrere sundhedsforsikringsdækningen for medlemsvirksomheden og dens forsikrede under friheden til at levere tjenester i Danmark.

GodSundhed er distributørens handelsnavn for sundhedsforsikringstjenester i Danmark.

Distributøren administrerer hjemmesiden <https://godsundhed.dk> for alle forsikringsrelaterede oplysninger og kommunikation.

3 DÆKKEDE PERSONER

3.1 Berettigede medlemmer af forsikringsaftalen

3.1.1 Forsikringen kan købes for en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk ordning (medlemsvirksomheden vælger den samme forsikringsydelsesplan for alle sine medarbejdere) eller som en frivillig ordning (medarbejderen har ret til at vælge forsikringsydelsesplanen og fravælge dækningen). Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

3.1.2 Medforsikret ægtefælle, registreret partner eller samlever og barn/børn kan tilmeldes dækningen under ansøgningsprocessen.

3.1.3 Den forsikrede og medforsikrede skal være bosiddende i Danmark og have en permanent adresse registreret i CPR-registeret i Danmark (eksklusive Grønland og Færøerne), have et dansk sundhedskort og være berettiget til at modtage offentlige sundhedsydelser i Danmark.

3.1.4 Hvis adressen på det medforsikrede barn/børn er forskellig fra den forsikredes adresse, skal bevis for familierelationen fremsendes til distributøren.

3.1.5 Den valgte forsikringsydelsesplan skal være den samme for den forsikrede og hans/hendes medforsikrede.

3.1.6 Enhver ændring i forholdet mellem den forsikrede og hans/hendes medforsikrede skal meddeles til distributøren.

3.2 Til- og afmelding af medarbejdere

3.2.1 Medlemsvirksomheden skal holde distributøren informeret om, hvilke medarbejdere der skal tilmeldes eller afmeldes fra forsikringsaftalen, og skal sikre, at distributøren har en opdateret liste over medarbejdere, der er dækket af forsikringsaftalen.

4 GENERELLE BETINGELSER

4.1 Lægehenviisning

4.1.1 Medmindre andet er angivet i dækningen, skal du og dine medforsikrede have en lægehenviisning eller anbefaling, der beskriver behandlingen, inden I benytter forsikringen.

4.1.2 Hvor en lægehenviisning er påkrævet, skal den være tilgængelig, før behandlingen påbegyndes eller servicen bruges.

4.2 Forudgående godkendelse af behandling

4.2.1 Du og dine medforsikrede er forpligtet til at få forudgående godkendelse ved mere end 5 sessioner af de behandlinger, der er beskrevet i Artikel 5.2.1 - 5.2.4, se i øvrigt Artikel 6.2.

4.2.2 Du og dine medforsikrede skal indsende en fuldstændig behandlingsplan relateret til indlæggelse eller ambulante behandling, før sådan behandling kan dækkes på en privat klinik eller privat hospital, se Artikel 6.3.

4.3 Forsikringens varighed

4.3.1 Forsikringen og dækningen træder i kraft på startdatoen angivet på dit forsikringsbevis.

4.3.2 Forsikringsperioden løber fra startdatoen til fornyelsesdatoen.

4.3.3 Forsikringen fornyes automatisk på fornyelsesdatoen, medmindre forsikringsaftalen opsiges af forsikringstageren, forsikringsselskabet eller medlemsvirksomheden, se punkt 4.3.6.

4.3.4 Dækningen ophører på den tidligste af nedenstående datoer:

- Ved opsigelse af forsikringsaftalen mellem forsikringstageren og forsikringsselskabet.
- Ved opsigelse af medlemskabsaftalen mellem medlemsvirksomheden og forsikringstageren.
- Ved ophør af ansættelsesforholdet mellem den forsikrede og medlemsvirksomheden.
- Hvis den forsikrede, ikke længere er registreret i Folkeregistret.
- Ved den forsikredes død.

4.3.5 Ingen krav vil blive udbetalt efter, at policen er ophørt, og hvis ingen erstatning er blevet udbetalt, vil vi refundere en del af din præmie, hvis denne allerede er betalt af medlemsvirksomheden, eller stoppe yderligere betalinger.

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 medlemsvirksomheden ikke længere er medlem af forsikringstageren.

4.3.6.2 På medlemsvirksomhedens initiativ:

- På den årlige udløbsdato for aftalen, ved at underrette distributøren mindst to (2) måneder før denne dato. Opsigelsen træder i kraft to (2) måneder efter meddelelsen, ved midnat, i det år, hvor den meddeles.
- I henhold til bestemmelserne i Lov nr. 2019-733 af 14. juli 2019, der ændrer 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 gives pr. forsikret person, pr. medforsikret og pr. forsikringsplan, enten på obligatorisk eller frivillig basis.

4.4.2 Medlemsvirksomheden er ansvarlig for betalingen af præmien for alle forsikrede personer og, hvis det kræves, også for medforsikrede tilmeldt forsikringsaftalen.

4.4.3 Præmien for forsikringen forfalder til betaling fra medlemsvirksomheden til forsikringstageren via distributøren og betales i danske kroner årligt for første gang, når aftalen mellem medlemsvirksomheden og forsikringstageren træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen.

4.4.4 I tilfælde af manglende betaling af præmien sendes en påmindelse i et format, der kan reproducere skriftligt, til medlemsvirksomheden mindst ti (10) dage efter forfaldsdatoen, hvor den informeres om, at ved udgangen af en periode på fyrre (40) dage efter afsendelsen af samme brev, vil manglende betaling af præmier resultere i annullering af forsikringsdækningen.

4.5 Ændring af præmie eller forsikringsvilkår

4.5.1 Forsikringsselskabet forbeholder sig retten, i det omfang loven tillader det, til at ændre forsikringsvilkårene og præmieniveauet ved fornyelse.

4.5.2 I sådanne tilfælde vil forsikringsselskabet give skriftlig meddelelse om ændringen mindst en måned før ændringen træder i kraft. Den fornyede forsikring vil herefter tage de betingelser, som forsikringsselskabet har angivet i meddelelsen.

4.5.3 Medlemsvirksomheden kan vælge at forny forsikringen i henhold til de nye vilkår eller opsigte den før 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. Hvis vi ikke modtager 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 kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, vi anser for nødvendige, herunder medicinske journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred.

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

4.6.3 Vi skal altid underrettes, hvis du skifter adresse.

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

4.7 Fortabelse af krav

4.7.1 Hvis dækningen udløber, skal ethvert krav om erstatning for behandling udført i forsikringsperioden fremsættes skriftligt til skadesadministrator senest inden 3 måneder efter dækningen er udløbet.

4.7.2 Når du anmelder en skade, eller hvis du anmoder om forudgående godkendelse af behandlingen, er du forpligtet til at informere os, hvis du har forladt eller vil forlade virksomheden. Forsikringen dækker godkendte krav, der er blevet 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 behandling i mere end 3 måneder herefter.

4.7.3 I andre situationer vil den gældende lov om forældelse til enhver tid finde anvendelse.

4.8 Dobbeltforsikringer

4.8.1 Hvis du eller dine medforsikrede har indgivet et krav til en anden forsikringspolice, skal du altid informere os om dette i forbindelse med at fremsætte et krav til os.

4.8.2 Hvis der er dækning fra det offentlige sundhedssystem, Sygeforsikringen "danmark" eller et andet privat sundhedsforsikringsselskab, vil dækningen fra GodSundhed være sekundær, og den anden dækning skal derfor benyttes først.

4.8.3 Forsikringselskabet betaler kun omkostningerne efter fradrag af eventuelle tilskud eller betalinger dækket af andre ordninger.

4.9 Karens bestemmelser

4.9.1 Der er ingen karenperiode for eksisterende lidelser, med undtagelse af de særlige bestemmelser for afhængighedsbehandling. Du og dine medforsikrede skal have været dækket af forsikringen i 6 måneder, før omkostninger til behandling af dækkede afhængigheder dækkes (se Artikel 5.2.11).

5 FORSIKRINGSDÆKNING

5.1 Dækningsbetingelser

5.1.1 Medmindre behandlingen betales direkte til privat klinik eller privat hospital, vil vi refundere den forsikrede det beløb, som de eller deres medforsikrede er blevet opkrævet af den autoriserede behandler uden for det offentlige sundhedsforsikringssystem for hver behandling eller det forsikrede beløb pr. behandling på listen over dækkede behandlinger, alt efter hvad der er lavest.

5.1.2 Den forsikrede og hans/hendes medforsikrede er dækket for hospitalsindlæggelses- og ambulante behandlingsudgifter på privat hospital eller privat klinik, hvis behandlingen på offentligt hospital ikke er påbegyndt inden for 30 dage fra datoen for den indledende diagnose, og sådan behandling er forudgående godkendt af skadesadministratoren og del af den valgte forsikringsydelsesplan.

5.1.3 Frekvensgrænser 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 de fastsatte frekvensgrænser anført i Tabel 1 i Artikel 5.2.

5.1.5 Når et nyt forsikringsår begynder, nulstilles frekvensgrænser og maksimale forsikringssummer, og den forsikrede og medforsikrede kan igen drage fordel af de fulde beløb i henhold til deres valgte forsikringsydelsesplan.

5.1.6 Indlæggelses- eller ambulante behandlingsydelser vil blive udbetalt i overensstemmelse med sædvanlige og accepterede prisniveauer for den modtagne behandling. Omkostningerne skal være rimelige, nødvendige, afholdt udelukkende med det formål at behandle og i overensstemmelse med skadesadministratorens mening, hvis beslutning er endelig.

5.2 Dækkede behandlinger og tjenester

Forsikringen dækker listen over behandlinger beskrevet i Tabel 1 nedenfor.

Tabel 1: Oversigt over ydelser pr. forsikringsydelsesplan.

		BRONZE PLAN	SØLV PLAN	GULD PLAN
Artikel	SAMLET FORSIKRINGSSUM PR. FORSIKRINGSPERIODE	20.000 kr	700.000 kr	1.000.000 kr
	Behandling/Tjeneste	Maksimalt forsikringssum pr. forsikringsperiode og frekvensgrænser pr. behandling eller tjeneste	Maksimalt forsikringssum pr. forsikringsperiode og frekvensgrænser pr. behandling eller tjeneste	Maksimalt forsikringssum pr. forsikringsperiode og frekvensgrænser pr. behandling eller tjeneste
5.2.1	Fysioterapeut eller Kiropraktor eller Osteopati	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	Anden vurdering	2.400 kr	3.000 kr	3.500 kr
5.2.6	Medicinske udgifter i forbindelse med indlæggelse og ambulante behandling	N/A	15.000 kr	20.000 kr
5.2.7	Rehabilitering (efter indlæggelse eller ambulante behandling)	N/A	25.000 kr	50.000 kr
5.2.8	Hjemmesygepleje (efter indlæggelse eller ambulante behandling)	N/A	15.000 kr	25.000 kr
5.2.9	Transportomkostninger i forbindelse med indlæggelse eller ambulante behandling	N/A	1.000 kr	2.000 kr
5.2.10	Akut krisehjælp	1.000 kr 2 x	1.000 kr 3 x	1.000 kr 5x
5.2.11	Behandling af afhængighed	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	N/A	100%	100%
5.2.14	Ambulant behandling	N/A	N/A	100%

5.2.1 Fysioterapeut eller Kiropraktor eller Osteopati

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.

Besøg hos fysioterapeut, kiropraktor eller osteopat kræver ingen lægehenvielse.

Hvis mere end 5 sessioner er planlagt eller forventet, skal de forhåndsgodkendes af skadesadministratoren, se Artikel 6.2.

For navigationsservice kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på websitet www.godsundhed.dk/skade.

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.

Behandling hos psykolog kræver lægens diagnose og henvisning.

Hvis mere end 5 sessioner er planlagt eller forventet, skal de forhåndsgodkendes af skadesadministratoren, se Artikel 6.2.

For navigationsservice kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på websitet www.godsundhed.dk/skade.

5.2.3 Akupunktur eller Zoneterapi

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

Akupunktur- eller zoneterapibehandling kræver ingen lægehenvi- sning.

Hvis mere end 5 sessioner er planlagt eller forventet, skal de forhåndsgodkendes af skadesadministratoren, se Artikel 6.2.

For navigationsservice kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på websitet www.godsundhed.dk/skade.

5.2.4 Diætist

Forsikringen dækker medicinsk begrundet behandling hos en autoriseret klinisk diætist op til den maksimale forsikringssum pr. behandling og antal sessioner angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person.

Behandling hos diætist kræver lægens diagnose og henvisning.

Hvis mere end 5 sessioner er planlagt eller forventet, skal de forhåndsgodkendes af skadesadministratoren, se Artikel 6.2.

For navigationsservice kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på websitet www.godsundhed.dk/skade.

5.2.5 Anden vurdering

Forsikringen dækker op til den maksimale forsikringssum angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode hos en relevant autoriseret behandler, hvis du eller din medforsikrede:

- 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 varig skade.

For supporttjeneste før du søger en anden vurdering, kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på hjemmesiden www.godsundhed.dk/skade.

5.2.6 Medicinske udgifter (forbundet med indlæggelse og ambulat behandling)

Forsikringen (undtagen Bronze-plan) dækker omkostninger til medicinske undersøgelser og ordineret medicin relateret til indlæggelse eller ambulat behandling op til grænsen angivet i Tabel 1. Alle medicinske udgifter skal være beskrevet i behandlingsplanen og forhåndsgodkendt af skadesadministratoren, se Artikel 6.3.

Dækningen inkluderer medicinske undersøgelser op til 15 dage før og 30 dage efter indlæggelse eller ambulat behandling, sammen med udgifter til selvbetalte receptpligtige lægemidler nødvendige for en operation.

Alle medicinske undersøgelser og medicin skal være ordineret af den behandlende autoriserede behandler og være nødvendige for enten det kirurgiske indgreb eller den postoperative rehabilitering.

5.2.7 Rehabilitering (efter indlæggelse og ambulat behandling)

Forsikringen dækker (undtagen Bronze-plan) op til den maksimale forsikringssum angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person for rehabiliteringsophold i Danmark som direkte forbindelse med en dækningsberettiget operation. Opholdet skal være ordineret skriftligt af den behandlende autoriserede behandler. Rehabilitering skal være beskrevet i behandlingsplanen og forhåndsgodkendt af skadesadministratoren, se Artikel 6.3.

5.2.8 Hjemmesygepleje (efter indlæggelse og ambulat behandling)

Forsikringen dækker (undtagen Bronze-plan) op til den maksimale forsikringssum angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person for midlertidig assistance såsom rengøring, indkøb, personlig hygiejne og på- og afklædning i hjemmet i direkte forbindelse med en dækningsberettiget operation. Som en nødvendig del af behandlingen skal hjælpen være ordineret af den behandlende autoriserede behandler og forhåndsgodkendt af skadesadministratoren, se Artikel 6.3.

5.2.9 Transport (forbundet med indlæggelse og ambulat behandling)

Forsikringen dækker (undtagen Bronze-plan) transportomkostninger til og fra den private klinik eller private hospital op til den maksimale forsikringssum angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person, hvis vi som resultat af vores navigationsproces henviser dig eller din medforsikrede til en privat klinik eller private hospital i Danmark mere end 25 km fra din bopæl. Transportomkostninger skal forhåndsgodkendes af skadesadministratoren, se Artikel 6.3.

5.2.10 Akut krisehjælp via telefon

Forsikringen dækker akut krisehjælp op til den maksimale forsikringssum og antal sessioner angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person, hvis du eller din medforsikrede oplever en akut psykisk krise på grund af en af følgende:

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

Nærmeste familiemedlemmer refererer til en forælder, ægtefælle, samlever, egne børn, ægtefælles/samlevers børn og adopterede børn.

Hvis du eller din medforsikrede har brug for krisehjælp, besøg venligst www.godsundhed.dk/skade for telefonnummer tilgængeligt for assistance i arbejdstiden. Du eller din medforsikrede skal altid informere den vagthavende om, at I er forsikret hos GodSundhed.

5.2.11 Afhængighedsbehandling

Forsikringen dækker (undtagen Bronze-plan) alle nødvendige behandlinger hos en autoriseret behandler 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)
- Diagnosticeret ludomani (spilafhængighed)
- Tvangsmæssig seksuel adfærd

Behandling for afhængighed kræver lægens diagnose og henvisning.

Ingen andre typer misbrug eller afhængighed er dækket end de nævnte ovenfor. "Afhængighedsbehandling" er ikke dækket, før du eller din medforsikrede har været dækket af policen i mindst 6 måneder.

Det er muligt at overføre anciennitet i forbindelse med direkte overførsel fra et andet selskab, hvor du eller din medforsikrede havde tilsvarende dækning.

For navigationsservice kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på websitet www.godsundhed.dk/skade.

5.2.12 Telekonsultation med erfarne læger uden for din egen læges åbningstider

Forsikringen dækker op til den maksimale forsikringssum pr. konsultation og antal konsultationer angivet i Tabel 1 pr. forsikringsperiode pr. forsikret person.

Telekonsultation kræver ingen henvisning fra din egen læge, men vi vil henvise dig eller din medforsikrede til egen læge i tilfælde, hvor vi af medicinske årsager mener, at en konsultation med en læge bør finde sted.

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

5.2.13 Indlæggelse

Forsikringen dækker (undtagen Bronze-plan) indlæggelse på privat klinik eller privat hospital, hvis du eller din medforsikrede diagnosticeres og henvises af en specialist i forsikringsperioden, og din eller din medforsikredes behandling ikke er påbegyndt inden for 30 dage i det offentlige sundhedsvæsen fra datoen for den indledende diagnose.

Forsikringen dækker indlæggelse og relaterede omkostninger kun, hvis forhåndsgodkendelse er opnået fra skadesadministratoren, se Artikel 6.3.

Du og din medforsikrede har altid frit valg af privat klinik eller privat hospital. Efter anmodning kan vi hjælpe dig med at finde den hurtigste behandlingstid og nærmeste private hospital eller private klinik.

For navigationsservice kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på websitet www.godsundhed.dk/skade.

Betalingen vil ske direkte mellem behandlingsstedet og os i henhold til forhåndsgodkendelsen af hospitalsbehandlingsomkostninger fra skadesadministratoren.

5.2.14 Ambulant behandling

Forsikringen dækker (undtagen Bronze- og Sølvplan) ambulant behandling på privat klinik eller privat hospital, hvis du diagnosticeres og henvises af en specialist i forsikringsperioden, og din eller din medforsikredes behandling ikke er påbegyndt inden for 30 dage i det offentlige sundhedsvæsen fra diagnosetidspunktet.

Forsikringen dækker ambulant behandling og relaterede omkostninger kun, hvis forhåndsgodkendelse er opnået fra skadesadministratoren, se Artikel 6.3.

Du og din medforsikrede har altid frit valg af privat klinik eller privat hospital. Efter anmodning kan vi hjælpe med at finde den hurtigste behandlingstid og nærmeste private hospital eller privat klinik.

For navigationsservice kontakt venligst skadesadministratoren på det nummer, der er tilgængeligt på websitet www.godsundhed.dk/skade.

Betalingen vil ske direkte mellem behandlingsstedet og os i henhold til forhåndsgodkendelsen af ambulante behandlingsomkostninger fra skadesadministratoren.

6 KRAV

6.1 Anmeldelse af krav fra forsikrede eller medforsikrede

6.1.1 Alle krav, hvor erstatning kræves af forsikrede eller medforsikrede, skal vedrøre behandling, der er nødvendig og kun afholdt efter startdatoen og afsluttet inden for forsikringsperioden.

6.1.2 For krav om behandlinger beskrevet i Artikler 5.2.1 – 5.2.5, hvor erstatning skal kræves af den forsikrede eller medforsikrede, skal den detaljerede faktura fra den autoriserede behandler indeholde følgende:

- Navn, adresse og autorisationsnummer på den autoriserede behandler.
- Navnet på den forsikrede (patienten), der har modtaget behandling.
- Behandlingsdato(er)
- Beskrivelse af den modtagne behandling
- Gebyr opkrævet for hver behandling
- Eventuelle fradrag for Sygeforsikringen "danmark" eller den offentlige sygesikring.

6.1.3 Den forsikrede eller medforsikrede skal anmelde kravet til skadesadministratoren ved at uploade en kopi af fakturaen og betalingskvitteringen på en sikker og adgangskodebeskyttet webportal, der tilgås via www.godsundhed.dk/skade.

6.1.4 Du skal altid informere os, når du indgiver et krav, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden.

6.1.5 Fakturaen og betalingskvitteringen skal indsendes til skadesadministratoren senest 6 måneder efter den endelige behandlingsdato for at kunne modtage refusion.

6.1.6 Forsikringsselskabet kan for egen regning anlægge sag i den forsikredes eller hans/hendes medforsikredes navn for at inddrive sine tab fra en tredjepart i forbindelse med ethvert tab eller skade dækket af denne forsikring, og ethvert beløb, der inddrives, tilhører forsikringsselskabet.

6.2 Forudgående godkendelse af antal sessioner

6.2.1 Hvis mere end 5 sessioner af behandlinger beskrevet i Artikel 5.2.1 – 5.2.4 er planlagt eller viser sig at være nødvendige, skal den forsikrede eller medforsikrede opnå forhåndsgodkendelse fra skadesadministratoren ved at indsende en behandlingsplan udstedt af den autoriserede behandler til skadesadministratoren på en sikker og adgangskodebeskyttet webportal via www.godsundhed.dk/skade. Behandlingsplanen skal indeholde følgende oplysninger:

- Fuld beskrivelse af behandlingen med mere end 5 sessioner.
- Omkostninger ved behandlingen for mere end 5 sessioner.
- Navn, adresse og autorisationsnummer på den autoriserede behandler.

6.2.2 Hvis forhåndsgodkendelse af mere end 5 sessioner ikke opnås, er forsikringsselskabet ikke forpligtet til at betale for disse behandlinger.

6.3 Forudgående godkendelse af indlæggelse og ambulante behandling

6.3.1 Den forsikrede eller medforsikrede skal opnå forhåndsgodkendelse fra den udpegede skadesadministrator inden følgende behandlinger:

- Indlæggelse
- Ambulant behandling.
- Medicinske udgifter (forbundet med indlæggelse og ambulante behandling).
- Rehabilitering (efter indlæggelse og ambulante behandling).
- Hjemmesygepleje (efter indlæggelse og ambulante behandling).
- Transport (forbundet med indlæggelse og ambulante behandling).

6.3.2 Hvis forhåndsgodkendelse ikke opnås, er forsikringsselskabet ikke forpligtet til at betale for disse behandlinger.

6.3.3 For at forhåndsgodkende behandlingen kræver vi, at en læges behandlingsplan indsendes til skadesadministratoren på en sikker og adgangskodebeskyttet webportal via www.godsundhed.dk/skade.

Behandlingsplanen skal indeholde følgende oplysninger:

- Fuld beskrivelse af behandlingen inklusive før- og efterbehandlinger, hvis det kræves.
- Omkostninger ved behandlingen og før- og efterbehandlinger, hvis det kræves.
- Navn, adresse og autorisationsnummer på den autoriserede behandler.

6.3.4 Skadesadministratoren kan i nogle tilfælde anmode om yderligere oplysninger for at fuldføre en forhåndsgodkendelse. Når behandlet, vil skadesadministratoren sende en forhåndsgodkendelsesbekræftelse inklusive information om tilgængelighed på privat klinik eller privat hospital og direkte betalingsaftale med den private sundhedsudbyder.

6.3.5 Hvis vores navigationsservice ikke bruges, anbefales det, at du eller din medforsikrede ikke accepterer behandling, før I har modtaget en forhåndsgodkendelse. Hvis I gør det, vil I være ansvarlige for omkostningerne, som vi ikke har forhåndsgodkendt.

6.4 Akut krisehjælp via telefon

Hvis dit eller din medforsikredes krav vedrører akut krisehjælp, besøg venligst www.godsundhed.dk/skade for telefonnummer tilgængeligt for hjælp i arbejdstiden. Du eller din medforsikrede skal altid informere den vagthavende om, at I er forsikret hos GodSundhed.

7 UNDTAGELSER

- Behandlinger, der ikke er beskrevet i Artikel 5, eller som er undtaget i disse vilkår og betingelser.
- Konsultationer og indledende diagnostiske aftaler i den danske offentlige sundhedssektor.
- Behandlinger, der er dækket af danske offentlige sundhedsydelser og som kan påbegyndes i den offentlige sundhedssektor inden for 30 dage efter at den indledende diagnose er stillet.
- Behandlinger, der finder sted uden for Danmark (inklusive Grønland og Færøerne).
- Behandlingsomkostninger, der overstiger frekvensgrænsen, maksimal forsikringssum pr. behandling eller tjeneste og maksimal forsikringssum pr. forsikringsperiode pr. valgt forsikringsplan.
- Behandlinger, der er påbegyndt eller planlagt før forsikringens ikrafttræden, er ikke dækket.
- Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af en sygdom/skade, under rejse eller under ophold i udlandet.

- Parterapi, familierapi, coaching, selvudvikling, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologisk terapi af forebyggende karakter er ikke dækket.
- Forebyggende og vedligeholdende undersøgelser og behandlinger, vaccinationer, helbredsundersøgelser, sundhedstjek og andre forebyggende kontroller.
- Kosmetiske behandlinger og procedurer og deres konsekvenser, herunder lidelser, der betragtes som kosmetiske i disse betingelser, f.eks. brystforstørrelse og reduktionskirurgi, brystrekonstruktion, problemer forbundet med kosmetiske implantater, ansigtsløftninger, hængende øjenlåg (nederste og øverste) og gynækomasti. Behandlinger med Botox og Xiapex er ikke dækket.
Skader, der opstår som følge af eller under udøvelse af professionel sport. Professionel sport betyder udøvelse af sport, hvor du modtager betaling fra en sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten udøves som en primær beskæftigelse.
- En sygdom/skade, der direkte eller indirekte er selvforskyldt på grund af beruselse, virkningerne af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade forårsaget forsætligt eller ved grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, selvmordsforsøg, deltagelse i kriminelle handlinger. Skader forårsaget af manglende overholdelse af sundhedsanbefalinger.
- Skade/sygdom forårsaget af krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, civile 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 nogen del af forsikringsaftalens vilkår og betingelser har medlemsvirksomheden, den forsikrede eller medforsikrede altid mulighed for at klage. Enhver klage skal meddeles til distributøren:

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

8.2 Klagen skal indeholde ansøgerens navn og adresse samt en beskrivelse af den hændelse, der ligger til grund for utilfredsheden.

8.3 Klagen vil blive behandlet hurtigt, effektivt og hensynsfuldt. Hvis klagen betragtes som en misforståelse eller en enkelt fejl, vil den blive håndteret straks. Distributørens klageafdeling skal hurtigst muligt, men senest inden for 14 dage, give skriftlig meddelelse om, hvordan de har behandlet denne anmodning, og hvordan den er blevet fulgt op med forsikringsselskabet. Hvis klagen ikke kan løses, vil medlemsvirksomheden eller den forsikrede modtage et endeligt svar inden for 30 dage efter anmeldelsen af kravet med forsikringsselskabets beslutning.

8.4 Hvis en medlemsvirksomhed, forsikret eller medforsikret ikke er tilfreds med forsikringsselskabets beslutning, kan de appellere til Ankenævnet for Forsikring på www.ankeforsikring.dk. Ved indgivelse af en klage skal der betales et gebyr fastsat af Ankenævnet, som refunderes, hvis klagen helt eller delvist tages til følge. Ankenævnets adresse er:

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

9 FEJLAGTIGE OPLYSNINGER

Forsikringen kræver korrekte oplysninger. Hvis du giver fejlagtige oplysninger eller skjuler oplysninger ved oprettelsen af forsikringspolicen eller senere, vil bestemmelserne i Forsikringsaftaleloven finde anvendelse, og dækningen kan bortfalde helt eller delvist efter vores skøn.

10 FORÆLDELSE

Aftalen følger de normale forældelsesregler under den gældende Forældelseslov.

11. MEDDELELSER

11.1 Alle meddelelser, herunder udstedelse af forsikringsdokumenter, vilkår og betingelser, fornyelsesinformation og ændringer til forsikringsaftalen fra forsikringsselskabet, gives til medlemsvirksomheden og til den forsikrede af den udpegede distributør.

11.2 De senest opdaterede forsikringsbetingelser er altid tilgængelige på GodSundheds webside.

11.3 Hvis de oplysninger, der er givet af medlemsvirksomheden eller den forsikrede, viser sig at være unøjagtige eller utilstrækkelige, eller hvis der sker væsentlige ændringer, skal medlemsvirksomheden eller den forsikrede informere distributøren herom så hurtigt som muligt.

12 GÆLDENDE LOV

12.1 Denne forsikring er underlagt dansk lov og jurisdiktion. Eventuelle tvister vil blive afgjort ved en dansk domstol.

12.2 I tilfælde, hvor en fremmedsproget forsikringsaftale eller forsikringsvilkår er blevet brugt, vil enhver uoverensstemmelse som følge af oversættelsen betyde, at den danske tekst altid er gældende.

PRIVATLIVS- OG DATABESKYTTELSESERKLÆRING

1. DATABESKYTTELSE

Vi er som dataansvarlig forpligtet til at beskytte og respektere dit privatliv og dine personlige data i overensstemmelse med gældende lovgivning.

2. HVORDAN BRUGER VI DINE OPLYSNINGER

Vi kan bruge de personlige data, vi har om dig, på følgende måder:

a) Til formål vedrørende levering af forsikring, håndtering af skader og andre relaterede formål. Dette kan omfatte tegningsbeslutninger truffet via automatiserede metoder – dette er for at opfylde forsikringsaftalen mellem dig og os.

b) Til tilbud om fornyelse, forskning eller statistiske formål – dette er for vores legitime interesser: at analysere historisk aktivitet, forbedre vores vurderingsalgoritmer og hjælpe med at forudsige fremtidige forretningspåvirkninger. For at fremme vores kommercielle interesser, forbedre vores produkttilbud og udvikle nye systemer og processer.

c) For at give dig information, produkter eller tjenester, som du anmoder om fra os, eller som vi mener kan have interesse for dig – hvor du har givet samtykke til at blive kontaktet til sådanne formål.

- For at underrette dig om ændringer i vores service – dette er for at opfylde vores juridiske og regulatoriske forpligtelser.

- For at beskytte mod svig og hvidvaskning af penge og for at opfylde generelle juridiske eller regulatoriske forpligtelser – dette er for at opfylde vores juridiske og regulatoriske forpligtelser.

d) Følsomme personoplysninger (såsom oplysninger vedrørende helbred) kan være nødvendige for os til specifikke formål som tegnings- og svigdetektion eller som en del af skadeshåndteringsprocessen. Levering af sådanne data er en betingelse for, at vi kan levere forsikring eller håndtere en skade, og selvom du kan trække dit samtykke til, at vi behandler sådanne data, kan dette resultere i, at vi ikke er i stand til at fortsætte dækningen eller behandle eventuelle skader. Hvor sådanne data gives til os, vil de kun blive brugt til de ovenfor angivne formål og vil blive behandlet sikkert og i overensstemmelse med denne erklæring.

3. VIDEREGIVELSE AF PERSONOPLYSNINGER

Vi kan videregive dine personoplysninger til tredjeparter, der er involveret i at levere produkter eller tjenester til os, eller til tjenesteudbydere, der udfører tjenester på vores vegne. Disse inkluderer:

- Vores koncernselskaber,
- Samarbejdspartnere,
- Mæglere, agenter, tredjepartsadministratorer, genforsikringselskaber og andre forsikringsformidlere,
- Medicinske tjenesteudbydere,
- Svigdetektionsbureauer,
- Skadesbehandlere,
- Eksterne advokatfirmaer,
- Eksterne revisorer,
- Tilsynsmyndigheder og,
- Som krævet ved lov

Vi kan også videregive dine personlige oplysninger:

- I tilfælde af, at vi sælger eller køber en virksomhed eller aktiver, i hvilket tilfælde vi kan videregive dine personoplysninger til den potentielle sælger eller køber af sådan virksomhed eller sådanne aktiver.
- Hvis et selskab eller stort set alle dets aktiver erhverves af en tredjepart, i hvilket tilfælde personoplysninger, det har om sine kunder, vil være en af de overførte aktiver.
- For at beskytte vores kunders eller andres rettigheder, ejendom eller sikkerhed.

4. INTERNATIONAL OVERFØRSEL AF DATA

Vi kan overføre dine personoplysninger til destinationer uden for Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde ("EØS"). Hvis vi overfører dine personoplysninger uden for EØS, vil vi sikre, at de behandles sikkert og i

overensstemmelse med denne privatlivs- og databeskyttelseserklæring samt gældende lovgivning. Vi overfører kun data til lande, som Europa-Kommissionen anser for at have tilstrækkelig beskyttelse, eller hvor der ikke er en tilstrækkelighedsbeslutning, bruger vi Europa-Kommissionens godkendte "Standardkontraktbestemmelser" med sådanne parter for at beskytte dataene. En kopi af "Standardkontraktbestemmelserne" kan fås ved at skrive til Databeskyttelseskommissionen for 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 data til markedsføringsformål.
- At se en kopi af de personlige oplysninger, vi har om dig.
- At bede os om at slette enhver af dine personoplysninger (med forbehold af visse undtagelser).
- At få eventuelle unøjagtige eller vildledende data rettet eller slettet.
- At bede os om at levere en kopi af dine data til enhver dataansvarlig.
- At indgive en klage til den lokale databeskyttelsesmyndighed.

For adgang til dine personlige data bedes du skrive til Databeskyttelsesansvarlig for 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 personlige data, som du giver os, inden for vores koncern og med andre virksomheder, som vi etablerer kommercielle forbindelser med. De og vi kan kontakte dig (via post, e-mail, telefon, sms eller andre aftalte metoder) for at informere dig om produkter, tjenester eller tilbud, som vi mener kan have interesse for dig, eller for at give dig kommercielle opdateringer.

7. OPBEVARING

Dine data vil ikke blive opbevaret længere end nødvendigt og vil blive håndteret i overensstemmelse med vores politik for dataopbevaring. I de fleste tilfælde vil opbevaringsperioden være en periode på ti (10) år efter udløbet af forsikringsaftalen eller vores forretningsforhold med dig, medmindre vi er forpligtet til at opbevare dataene i en længere periode på grund af forretningsmæssige, juridiske eller regulatoriske krav.