

Sundhed forsikring



Sundhedsforsikring Individuel

Forsikringsbetingelser SI15

Aftalegrundlag

Forsikringsaftalen med Tryg udgøres af forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg til forsikringsaftalen og forsikringsbetingelserne.

For forsikringen gælder desuden dansk lovgivning, herunder Lov om finansiel virksomhed og Lov om forsikringsaftaler, i det omfang sidstnævnte ikke er fraveget.

Tilsyn og Garantifond

Tryg er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og er tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringsselskaber.

Din Sundhedsforsikring består både af din forsikringsaftale (police) og dine forsikringsbetingelser.

Når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger, du har valgt for din forsikring.
- Vær opmærksom på, hvad du selv skal sørge for, fx hvilken dokumentation, du skal vise os.

Hvis du skal bruge din sundhedsforsikring

- Du skal være opmærksom på, at al behandling skal godkendes af os. Vi anviser altid en behandler inden for vores store kvalitetssikrede netværk.
- Ved sygdom eller tilskadekomst, skal du kontakte din egen læge.
- Hvis din egen læge mener, der er et behandlingsbehov vil du få en henvisning til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning skal du have for at gøre brug af forsikringen. Du skal ikke bruge en henvisning, hvis du skal til en kiropraktor.

Tryg Sundhedsteam

Du kan anmelde din sygdom eller skade på vores hjemmeside www.tryg.dk eller ved at kontakte Tryg Sundhedsteam på 70 11 20 20 alle hverdage 8.00-17.00 eller på e-mail sundhed@tryg.dk.

Behandling af personoplysninger og samtykke

På www.tryg.dk/personoplysninger kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger. Her finder du blandt andet information om til hvilket formål, vi behandler oplysninger om dig, hvor oplysningerne bliver registreret og hvem oplysningerne eventuelt bliver videregivet til. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at vide mere.

Har du tegnet en forsikring, der dækker fx dit barn (som forsikrede), har du givet samtykke til, at vi ligeledes må behandle de afgivne oplysninger om dit barn. Efter barnets fyldte 18. år vil vi skrive til jer begge to, idet dit barn på det tidspunkt kan vælge at få sin egen forsikring.

Husk

- Forsikringen dækker ikke akutbehandling.
- Behandlingen skal være godkendt af os.

Indholdsfortegnelse

	Side		Side		Side
1. Hvis du får brug for din forsikring	4	3. Grunddækning	5	4.3	Psykologhjælp 9
1.1 Lægehenviisning	4	3.1 Sygdom og følger af skade	5	4.4	Udvidet hjælp 9
1.2 Akutbehandling er ikke dækket	4	3.1.1 Kroniske sygdomme	6	4.5	Læge Hotline 10
1.3 Behandlingsbehovet	4	3.1.2 Følgesygdomme til kroniske lidelser	6	4.6	Min Sundhedsprofil 11
1.4 Behandlingsmetoden	4	3.1.3 Kræft	6	4.7	Min Sundhedsprofil Plus 11
1.5 Behandlingsstedet	4	3.1.4 Undersøgelser	6	4.8	Tryk Sundhedstjek 12
1.6 Vi dækker i følgende lande	4	3.1.5 Second opinion	6	5. Forsikringen dækker ikke	13
1.7 Oplysninger mv. til brug for udbetaling	4	3.1.6 Behandlinger	6	6. Generelle betingelser	13
1.8 Erstatningen	4	3.1.7 Tandbehandling pga. sygdom	6	6.1	Forsikringssum 13
1.9 Vi skal have besked om ændringer i behandlingen	4	3.1.8 Efterkontrol	6	6.2	Forsikredes oplysningspligt 13
1.10 Betalingsgaranti	4	3.1.9 Genoptræning	6	6.3	Forsikring i andet selskab 14
1.11 Udeblivelse fra behandling	5	3.1.10 Ophold og forplejning	6	6.4	Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab 14
1.12 Rejser m.v.	5	3.1.11 Hjælpe midler	6	6.5	Forsikringens ophør 14
2. Hvem og hvornår dækker din forsikring?	5	3.1.12 Sygetransport (liggende)	6	7. Generelle bestemmelser	15
2.1 Hvem er omfattet	5	3.1.13 Psykiatrisk behandling	6	8. Fortrydelsesret	16
2.2 Individuel forsikring	5	3.1.14 Krisehjælp	7		
2.3 Fordelsaftale eller ægtefælle/samlever forsikring	5	3.1.15 Misbrug	7		
2.4 Medforsikrede børn	5	3.1.16 Smerteudredning	7		
2.5 Hvor gælder forsikringen	5	3.1.17 Allergiudredning	7		
2.6 Hvornår gælder forsikringen	5	4. Tilvalgsdækninger	7		
		4.1 Fysiske behandlinger i Trygs kvalitetssikrede netværk	8		
		4.2 Fysiske behandlinger i eller uden for Trygs kvalitetssikrede netværk	8		

1. Hvis du får brug for din forsikring

1.1 Lægehenvi sning

Du skal altid have en lægehenvi sning fra din egen læge, medmindre der står andet i betingelserne, før behandlingen er dækket af forsikringen.

1.2 Akut behandling er ikke dækket

Udgifter til akut behandling er ikke dækket af denne forsikring. Har du brug for akut behandling, herunder skadestue, ambulance og

privat vagtlæge, skal du derfor kontakte din egen læge eller vagtlægen i din region.

1.3 Behandlingsbehovet

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

1.4 Behandlingsmetoden

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os.

sandsynlighed for, at behandlingen væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller udbedre skaden.

Vi godkender kun behandling, der sker efter metoder med dokumenteret effekt, og som er anerkendt af de offentlige myndigheder. Endelig er det en betingelse, at der skal være overvejende

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

1.5 Behandlingsstedet

Vi anviser et behandlingssted inden for vores kvalitetssikrede netværk.

Hvis det er muligt og hensigtsmæssigt, anviser vi inden 10 arbejdsdage, fra vi har godkendt behandlingen, en behandler/behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at behandlingsstedet har fået autorisation af de relevante offentlige myndigheder.

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.

1.6 Vi dækker i følgende lande

Forsikringen dækker udgifter til behandling i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Tyskland. Valg af behandlingssted sker efter aftale med os, jf. punkt 1.5.

Hvis du bor i Grønland eller på Færøerne, er du ikke omfattet af forsikringen. Det gælder, selv om du har folkeregisteradresse i Danmark.

1.7 Oplysninger mv. til brug for udbetaling

Vi betaler udgifter til den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger.

Ved behandling på privathospital/privat klinik vil betaling ofte ske direkte mellem behandlingsstedet og os.

1.8 Erstatningen

Udgifterne til behandling er dine faktiske udgifter.

Vi forbeholder os ret til at modregne tilskud fra Sygesikringen Danmark og/eller tilskud fra den offentlige sygesikring, som du eventuelt har ret til.

1.9 Vi skal have besked om ændringer i behandlingen

Vi skal straks orienteres, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os. Hvis det ikke sker, forbeholder vi os ret til at afvise dækning.

1.10 Betalingsgaranti

Vi kan stille betalingsgaranti til den privatklinik eller det privathospital, hvor du bliver undersøgt eller behandlet.

1.11 Udeblivelse fra behandling

Vi betaler ikke for undersøgelse eller behandling, som du udebliver fra. Det gælder uanset årsagen til udeblivelsen.

1.12 Rejser mv.

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

2. Hvem og hvornår dækker din forsikring

2.1 Hvem er omfattet

Forsikringen omfatter de personer, der er nævnt på forsikringsaftalen (policen).

2.2 Individuel forsikring

Er forsikringen købt som en individuel forsikring til vores individuelle pris, skal du være under 60 år, når din forsikring træder i kraft. Er der tale om en videreførelse af en af vores sundhedsforsikringer,

kan indtræden i den individuelle sundhedsforsikring ske senest ved dit fyldte 70 år. Dette skal ske uden ophold.

2.3 Fordelsaftale eller ægtefælle/samlever forsikring

Er forsikringen købt som en fordelsaftale, eller har du købt din forsikring som ægtefælle/samlever til en person, der er dækket under

en kollektiv ordning, skal du være under 60 år, når din forsikring træder i kraft.

2.4 Medforsikrede børn

Hvis der er medforsikrede børn under 21 år skal det være dine eller din ægtefælle/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn.

Pleje-/stedbørn kan omfattes, hvis de har samme folkeregisteradresse som dig. Medforsikrede børn er børn til den/de forsikrede, som er dækket under en kollektiv sundhedsforsikring eller dennes ægtefælle/samlever.

2.5 Hvor gælder forsikringen

Du skal have folkeregisteradresse i Danmark, og være omfattet af landets sygesikringsordning.

Hvis du bor i Grønland eller på Færøerne, er du ikke omfattet af forsikringen. Det gælder, selv om du har folkeregisteradresse i Danmark.

2.6 Hvornår gælder forsikringen

Forsikringen træder i kraft den dag, vi har godkendt tilmeldingen, eller på den senere dato, som står på forsikringsaftalen (policen)/dækningsoversigten. Kommer du til skade, efter at du er blevet omfattet af forsikringen, dækker forsikringen med det samme.

For sygdomme gælder, at du tidligst kan blive undersøgt/behandlet, når forsikringen har været i kraft i 2 måneder.

3. Grunddækning

3.1 Sygdom og følger af skade

I forbindelse med behandling af sygdom og følger af, at du er kommet til skade, dækker vi dine udgifter til undersøgelser, behandlinger, medicin samt ophold og forplejning på privathospital/privatklinik, som beskrevet i de følgende punkter.

Det er en betingelse for dækning, at udgifterne ligger på et niveau, der efter vores vurdering svarer til niveauet i det område eller land, hvor du bliver behandlet. Hvis det ikke er tilfældet, kan vi nedsætte erstatningen.

Nyopståede sygdomme og følger af skader, som opstår, når forsikringen er trådt i kraft, er dækket, se dog punkt 2.5.

Sygdomme/gener og følger af skader, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft, og som du kender til eller burde kende til, er dækket, når forsikringen har været i kraft i 2 år. Denne bestemmelse gælder for alle de følgende dækninger, med undtagelse af punkt 3.1.1 Kroniske sygdomme.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

3.1.1 Kroniske sygdomme

I op til 3 måneder efter diagnosticering dækker forsikringen behandling af kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft. Vi dækker medicin eller anden relevant behandling på privathospital/privat klinik, hvis vi vurderer, at behandlingen væsentligt og varigt kan forbedre din helbredstilstand. Vi træffer vores afgørelse evt. i samråd med relevant speciallæge.

Forsikringen dækker aldrig kroniske sygdomme, som er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen er trådt i kraft.

Ved kroniske sygdomme forstås vi sygdomme, som læger vurderer som vedvarende, og som derfor ikke kan kureres. Af kroniske sygdomme kan nævnes diabetes type 1, dissemineret sclerose, leddegigt, Morbus Crohn, psoriasis og lignende sygdomme.

3.1.2 Følgesygdomme til kroniske lidelser

Lidelser diagnosticeret efter forsikringen er trådt i kraft, og som opstår som en direkte følge af en kronisk sygdom, er omfattet af denne forsikring, når vi vurderer, at behandlingen kan forbedre din helbredstilstand væsentligt og varigt. Vi træffer vores afgørelse evt. efter samråd med en relevant speciallæge.

For følgesygdomme til en kronisk lidelse der er diagnosticeret før forsikringen trådte i kraft, gælder der en karens på 2 år.

3.1.3 Kræft

Forsikringen dækker undersøgelse og operation af kræftsygdomme på privathospital i Danmark, når diagnosen stilles efter forsikringen er trådt i kraft.

Ved behandling af kræftsygdomme, der indgår som et samlet forløb i det offentlige (pakkeforløb), skal det offentlige tilbud anvendes.

Efter samråd med vores lægeteam kan der i visse tilfælde tilbydes behandling på privathospital i den øvrige del af Norden og Tyskland.

3.1.4 Undersøgelser

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

3.1.5 Second opinion

Står du i en situation, hvor du skal tage en særlig vanskelig medicinsk beslutning, kan du i visse tilfælde få dækket udgifterne til én yderligere medicinsk vurdering af en relevant speciallæge, hvis:

- du har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom/skade
- og/eller
- du skal gennemgå en særlig risikofyldt behandling, dvs. at behandlingen i sig selv kan være livstruende eller kan give alvorlige varige følger ud over den sygdom/skade, som du bliver behandlet for.

3.1.6 Behandlinger

Forsikringen dækker behandlinger, der er udført af relevante speciallæger, og som efter en lægelig vurdering vil kunne reducere sygdommen væsentligt eller helt kurere sygdommen.

Forsikringen dækker medicin under indlæggelse på privathospital/privat klinik.

Vi dækker ikke kosmetiske og forebyggende behandlinger. Dette anser vi ikke for at være behandling af en sygdom.

Dog dækker vi kosmetiske operationer og behandlinger, der er medicinsk betingede og godkendt af den offentlige sygesikring. Vi dækker også rekonstruktion af bryst efter fjernelse af tumor og behandling af direkte følger af skader.

En operation eller behandling er medicinsk betinget, når behandling eller operationen med overvejende sandsynlighed væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller skaden.

3.1.7 Tandbehandling pga. sygdom

Forsikringen dækker tandbehandling, som er ordineret af relevant speciallæge, når der er sket en skade på dine tænder på grund af behandling af en dækningsberettiget sygdom.

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

3.1.8 Efterkontrol

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

Vi dækker ikke gentagende kontroller.

3.1.9 Genoptræning

Forsikringen dækker genoptræning, der er ordineret af en relevant speciallæge, direkte efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation, i op til 6 måneder pr. sygdom eller skade, når en genoptræning er nødvendig for den aktuelle behandling.

Genoptræning dækker primært fysioterapi, ergoterapi eller talepædagogik, som foretages af faguddannet personale, der er anerkendt af offentlige myndigheder.

3.1.10 Ophold og forplejning

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

3.1.11 Hjælpemidler

Forsikringen dækker personlige hjælpemidler i op til 6 måneder. Det er en betingelse for vores dækning, at hjælpemidlet er ordineret af relevant speciallæge, og at det kan erstatte en operation eller er nødvendig i forbindelse med dækningsberettiget behandling på privathospital/privat klinik.

3.1.12 Sygetransport (liggende)

I forbindelse med dækningsberettiget operation på privathospital/privat klinik, dækker forsikringen liggende sygetransport mellem hjemmet og behandlingsstedet, når det er ordineret af relevant speciallæge, og du ikke kan transporteres i bil, evt. som passager, med offentlig transport eller lignende.

Transporten skal godkendes af os. Udgifter til taxa er ikke dækket.

3.1.13 Psykiatrisk behandling

Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation.

Vi dækker op til 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade. Vi dækker dog altid højst 12 konsultationer i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, uanset antal af sygdomme eller skader.

3.1.14 Krisehjælp

Forsikringen dækker krisehjælp med op til 5 timer, når du har fået en akut psykisk krise pga.:

- dødsfald hos nærtstående person. Ved nærtstående forstås din ægtefælle/samlever/kæreste, børn, svigerbørn, børnebørn, forældre, svigerforældre, bedsteforældre, søskende, svogre eller svigerinder,
- hvis du bliver udsat for røveri eller overfald,
- hvis du bliver udsat for en pludselig hændelse, hvor du har været i fare for alvorlig fysisk personskade

eller

- ved brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed. Vi dækker også, hvis du bliver diagnosticeret med en alvorlig sygdom.

Vi anviser dig en behandler i vores kvalitetssikrede netværk, og anmeldelse skal derfor ske inden for 72 timer fra krisen er opstået.

3.1.15 Misbrug

Vi dækker afvænnning, ambulante eller under indlæggelse, der er ordineret af relevant speciallæge i forbindelse med misbrug af:

- alkohol
- receptpligtig medicin
- narkotika (rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer)
- spil (diagnosticeret ludomani)

Behandling med antabus dækkes i op til 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, hvis behandlingen er ordineret af relevant speciallæge.

4. Tilvalgsdækninger

Punkt 4 omhandler dækninger, som du kan tilkøbe til Tryg Sundhedsforsikring. For alle disse dækninger gælder også betingelserne i punkt 1-3 og 5-8.

Du skal være opmærksom på, at der kan være begrænsninger for hvilke tilvalgsdækninger du kan købe som privatkunde, eks. kan du ikke tilkøbe pkt. 4.2 Fysiske behandlinger i eller uden for netværk og pkt. 4.5 Tryg Læge Hotline.

Du kan se i forsikringsaftalen, om du ud over grunddækningen (punkt 1-3 og 5-8) har en eller flere af nedenstående tilvalgsdækninger.

Tilvalgsdækninger som kan vælges på forsikringen

- Fysiske behandlinger i Trygs kvalitetssikrede netværk
- Fysiske behandlinger i eller uden for Trygs netværk
- Psykologhjælp
- Udvidet hjælp
- Tryg Læge Hotline
- Min Sundhedsprofil
- Min Sundhedsprofil Plus
- Tryg Sundhedstjek

Forsikringen dækker udgifter for op til 100.000 kr., i den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

Der gælder en karenstid på 6 måneder fra du indtræder i ordningen. Dette gælder uanset anciennitetsbestemmelsen i punkt 6.4.

3.1.16 Smerteudredning

Forsikringen dækker udredning af vedvarende smerte på tværfaglig smerteklinik. Udredning af smerter i forbindelse med kræft skal foregå i offentligt regi.

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

Forsikringen dækker udgifter for op til 15.000 kr. pr. sygdom eller skade.

3.1.17 Allergjudredning

Forsikringen dækker udredning for allergi til at kunne stille en diagnose. Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge.

Forsikringen dækker udgifter op til 5.000 kr. pr. sygdom.

Du skal være opmærksom på:

- Hvor mange antal behandlinger du har på et forsikringsår og
- Hvor mange behandlinger der kan gives på hver enkelte sygdom eller skade.

Husk

Hvis du eller din arbejdsgiver eks. har valgt ubegrænset antal behandlinger på et forsikringsår vil der være et antalsmæssigt loft på den enkelte sygdom eller skade.

Hvad er valgt på min forsikring?

På dækningsoversigten eller policen kan du se det antal behandlinger du kan købt på et forsikringsår.

Første forsikringsår løber fra forsikringens tegningstidspunkt og frem til fornyelsestidspunktet et år efter. Hvis forsikringen fortsat er i kraft, starter herefter et nyt forsikringsår, som igen løber et år og så videre.

4.1 Fysiske behandlinger i Trygs kvalitetssikrede netværk

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

4.1.1 Behandling

Forsikringen dækker følgende typer behandling:

- **Fysioterapi.** Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning til fysioterapi. Det er en betingelse, at behandleren har overens-
komst med den offentlige sygesikring (ydernummer), og at den
behandling, du modtager, indgår i aftalen med den offentlige
sygesikring.
- **Kiropraktik.** Det er ikke et krav, at du har en lægehenvi-
sning. Det er en betingelse, at behandleren har overenskomst med
den offentlige sygesikring (ydernummer), og at den behandling,
du modtager, indgår i aftalen med den offentlige sygesikring.
- **Akupunktur.** Forsikringen dækker behandling af gener, der
bliver udført af autoriseret sundhedsfagligt personale eller af
akupunktører, som er medlem af en branche-forening og er god-
kendt af Sundhedsstyrelsen.
- **Zoneterapi.** Forsikringen dækker behandling af gener, der bliver
udført af zoneterapeuter, som er medlem af en branche-forening
og er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

4.1.2 Antal af behandlinger i forsikringsåret

Forsikringsaftalen viser det samlede antal fysioterapi-, kiroprak-
tik-, akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. forsikringsår,
som er valgt på din forsikring.

4.1.3 Antal behandlinger pr. sygdom eller skade

4.1.3.1 Fysioterapi eller kiropraktik

Forsikringen dækker højst 20 behandlinger pr. sygdom eller skade,
uanset det antal behandlinger, der er valgt pr. forsikringsår. Har
du behov for mere end 20 behandlinger for samme sygdom eller
skade, skal du være symptomfri i 12 sammenhængende måneder,
før du kan få behandling igen. Herefter kan du anmelde sygdom-
men eller skaden igen.

Weekend-, aften- eller lignende tillæg er ikke omfattet af dæk-
ningen.

4.1.3.2 Zoneterapi eller akupunktur

Forsikringen dækker højst 12 behandlinger pr. sygdom eller skade,
uanset antal behandlinger, der er valgt pr. forsikringsår.

Har du behov for mere end 12 behandlinger for samme sygdom
eller skade, skal du være symptomfri i 12 sammenhængende
måneder, før du kan få behandling igen. Herefter kan du anmelde
sygdommen eller skaden igen.

Weekend-, aften- eller lignende tillæg er ikke omfattet af dæk-
ningen.

4.2 Fysiske behandlinger i eller uden for Trygs kvalitetssikrede netværk

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

Denne tilvalgsdækning kan ikke tilbydes på en Individuel/privat
købt Sundhedsforsikring.

4.2.1 Behandling

Forsikringen dækker følgende typer behandling:

- **Fysioterapi.** Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning til fysioterapi. Det er en betingelse, at behandleren har overens-
komst med den offentlige sygesikring (ydernummer), og at den
behandling, du modtager, indgår i aftalen med den offentlige
sygesikring.
- **Kiropraktik.** Det er ikke et krav, at du har en lægehenvi-
sning til kiropraktik. Det er en betingelse, at behandleren har overens-
komst med den offentlige sygesikring (ydernummer) og at den
behandling, du modtager, indgår i aftalen med den offentlige
sygesikring.
- **Akupunktur.** Forsikringen dækker behandling af gener i bevæ-
geapparatet, der bliver udført af autoriseret sundhedsfagligt
personale eller af akupunktører, som er medlem af en branche-
forening, og er godkendt af Sundhedsstyrelsen.
- **Zoneterapi.** Forsikringen dækker behandling af gener i bevæge-
apparatet, der bliver udført af zoneterapeuter, som er medlem
af en branche-forening og er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

4.2.2 Antal af behandlinger i forsikringsåret

Forsikringsaftalen viser det samlede antal af fysioterapi-, kiroprak-
tik-, akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. forsikringsår,
som er valgt for din forsikring.

4.2.3 Antal behandlinger pr. sygdom eller skade

4.2.3.1 Fysioterapi eller kiropraktik

Forsikringen dækker højst 20 behandlinger pr. sygdom eller skade,
uanset det antal behandlinger, der er valgt pr. forsikringsår.

Har du behov for mere end 20 behandlinger for samme sygdom
eller skade, skal du være symptomfri i 12 sammenhængende
måneder, før du kan få behandling igen. Herefter kan du anmelde
sygdommen eller skaden igen.

4.2.3.2 Zoneterapi eller akupunktur

Forsikringen dækker højst 12 behandlinger pr. sygdom eller skade,
uanset det antal behandlinger, der er valgt pr. forsikringsår.

Har du behov for mere end 12 behandlinger for samme sygdom
eller skade, skal du være symptomfri i 12 sammenhængende
måneder, før du kan få behandling igen. Herefter kan du anmelde
sygdommen eller skaden igen.

4.2.4 Hvor kan jeg få behandling?

Du kan vælge en behandler i Trygs kvalitetssikrede netværk, eller
du kan selv finde en behandler, som har overenskomst med den
offentlige sygesikring (ydernummer). Der er ikke krav om yder-
nummer for behandling af zoneterapi og akupunktur.

4.2.4.1 Behandling i Trygs kvalitetssikrede netværk

Benytter du en behandler i Trygs kvalitetssikrede netværk, afreg-
ner Tryg direkte med behandleren.

4.2.4.2 Behandling uden for Trygs kvalitetssikrede netværk

Benytter du en behandler uden for Trygs kvalitetssikrede netværk,
bliver du tildelt behandlingerne portionsvis med op til 10 behand-
linger ad gangen pr. anmeldt sygdom/skade, afhængig af det antal
behandlinger, som er valgt på forsikringen.

Har du behov for flere behandlinger end det antal, du er blevet
tildelt, skal behandleren sende en skriftligt begrundelse til Trygs
Sundhedsteam om, hvorfor der er brug for yderligere behandling.
Den skriftlige begrundelse udløser ikke honorar fra Tryg.

Når dit behandlingsforløb er slut, afregner du selv med din behandler og sender en kopi af alle originale regninger til Trygs Sundhedsteam til refusion. Regningerne skal være specificeret med:

- Patientens navn og fødselsdato
- Behandlers navn og CVR-nummer
- Ydernummer/sygesikringsandel (kun ved fysioterapi og kiropraktik)
- Behandlingsdatoer

4.2.5 Særligt for fysioterapi og kiropraktik

For al behandling gælder det, at:

- Behandlingen skal sikre progression/fremskridt.
- Ved behov for vedvarende eller tilbagevendende behandling kan Tryg udbede sig en lægefaglig vurdering.
- Akut behandling er ikke omfattet.
- Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke omfattet.

4.3 Psykologhjælp

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

4.3.1 Godkendelse af behandling

Forsikringsaftalen viser det samlede antal psykologkonsultationer pr. forsikringsår, som er valgt for din forsikring.

4.3.2 Lægehenvist psykologbehandling

Hvis årsagen til dit behandlingsbehov er omfattet af en lægehenvielse, betaler vi patientandelen i henhold til den takst, der er aftalt med den offentlige sygesikring. Det er et krav, at behandleren er autoriseret og har overenskomst med den offentlige sygesikring (ydernummer).

Hvis årsagen til dit behandlingsbehov ikke er omfattet af en lægehenvielse – og derved heller ikke er omfattet af aftalen med den offentlige sygesikring, skal du have en anbefaling fra din egen læge.

Har du en henvisning eller anbefaling fra din læge, dækker vi dine udgifter til behandling i Trygs kvalitetssikrede netværk.

4.4 Udvidet Hjælp

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

4.4.1 Sygeplejerske

Sygeplejerske i hjemmet, når det er ordineret af relevant speciallæge og ordinationen sker direkte efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Vi dækker, hvis servicen bliver ydet af en leverandør, som ligger tæt på din bopæl.

Forsikringen dækker op til 12 timer pr. sygdom eller skade, og det er et krav, at vi godkender udgifterne, før du indgår aftalen med leverandøren.

4.4.2 Hjemmehjælp

Hjemmehjælp, når den er ordineret af relevant speciallæge, og ordinationen sker direkte efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Vi dækker, hvis servicen bliver ydet af en leverandør, som ligger tæt på din bopæl.

Forsikringen dækker op til 12 timer pr. sygdom eller skade, og det er et krav, at vi godkender udgifterne, før du indgår aftalen med leverandøren.

4.2.6 Særligt for zoneterapi og akupunktur

For al behandling gælder det, at:

- Behandlingen skal sikre progression/fremskridt.
- En behandling kan vare op til 45 minutter. Varer behandlingen længere, tæller hver påbegyndte 45 minutter som en ny behandling. Behandlingstiden skal fremgå af fakturaen.
- Akut behandling er ikke omfattet.
- Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke omfattet.

4.3.3 Behandlingsperioden

Uanset det valgte antal behandlinger pr. forsikringsår, dækker forsikringen højst 12 konsultationer pr. sygdom eller skade.

Har du behov for mere end 12 konsultationer for samme sygdom eller skade, skal du være symptomfri i 12 sammenhængende måneder, før du kan få behandling igen. Herefter kan du anmelde sygdommen eller skaden igen.

Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke omfattet.

4.4.3 Diætist

Forsikringen dækker:

- lægeanbefalet diætist i forbindelse med svær overvægt, hvor dit BMI (Body Mass Index) er højere end 35

eller

- som led i en dækningsberettiget behandling, der er ordineret af relevant speciallæge.

Vi dækker op til 5 konsultationer pr. sygdom eller skade.

4.4.4 Rekreation

Rekreationsophold ordineret af relevant speciallæge på offentligt godkendt institution i direkte forbindelse med dækningsberettiget behandling.

Forsikringen dækker med op til 50.000 kr. pr. sygdom eller skade. Dog højst op til 50.000 kr. om året regnet fra første rekreationsdag, uanset antal skader eller sygdomme.

4.4.5 Udgifter til transport

Transportudgifter i forbindelse med en dækket forundersøgelse, operation eller kontrol på privathospital/privatklinik. Vi dækker til og fra det godkendte behandlingssted, hvis der er mere end 100 km til behandlingsstedet fra din faste bopæl.

Vi dækker transportudgifterne efter statens laveste takst for kørsel eller billigst mulige offentlige transportmiddel.

Behandling skal så vidt muligt ske tæt på din bopæl. Hvis du vælger at blive behandlet på et behandlingssted, som ligger længere væk end det, vi anbefaler, dækkes udgifter, som svarer til de transportudgifter, der ville have været til det behandlingssted, vi har anbefalet.

4.4.6 Udgifter for ledsager

Rimelige og nødvendige udgifter til transport for 1 ledsager i forbindelse med dækket indlæggelse og behandling på privathospital/privatklinik.

Vi dækker til og fra det godkendte behandlingssted, hvis der er mere end 100 km til behandlingsstedet fra din ledsagers faste bopæl. Transportudgifterne dækkes efter statens laveste takst for kørsel eller billigst mulige offentlige transportmiddel.

Er der valgt et behandlingssted, som ligger længere væk end det, vi anbefaler, dækkes udgifter, som svarer til de transportudgifter, der ville have været til det behandlingssted, vi har anbefalet.

Rimelige og nødvendige udgifter til logi dækkes for 1 ledsager i forbindelse med dækket indlæggelse og behandling på privathospital/privatklinik, der kræver mindst 4 overnatninger.

For børn under 21 år dækker forsikringen rimelige og nødvendige udgifter til logi for 1 ledsager i forbindelse med dækket indlæggelse og behandling på privathospital/privatklinik, der kræver overnatning.

Det er os, som beslutter, hvornår det er rimeligt og nødvendigt, at logi dækkes for ledsageren.

4.4.7 Udgifter til medicin

Vi dækker medicin, som er ordineret af relevant speciallæge efter dækket indlæggelse eller operation på privathospital/privatklinik under denne forsikring i op til 6 sammenhængende måneder efter udskrivning.

4.5 Tryg Læge Hotline

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

Denne tilvalgsdækning kan ikke tilbydes på en Individuel/privat købt Sundhedsforsikring.

Hvad er Tryg Læge Hotline?

Tryg Læge Hotline er en videokonsultation med en læge. Du kan kun benytte Tryg Læge Hotline uden for din egen læges åbningstid, og kun hvis du har behov for lægehjælp inden for få timer. Det vil sige i tilfælde, som ikke kan vente til i morgen.

Lægen på Tryg Læge Hotline kan ikke besvare spørgsmål omkring din Sundhedsforsikring eller oprette sager på forsikringen. Dette gør du på vores hjemmeside www.tryg.dk eller ved at kontakte Tryg Sundheds-team på 70 11 20 20 alle hverdage 8.00-17.00 eller på e-mail sundhed@tryg.dk.

Se vores åbningstider i app'en "TrygSundhed" eller på www.tryg.dk.

Hvor finder jeg Tryg Læge Hotline?

Tryg Læge Hotline er tilgængelig via vores gratis app "TrygSundhed" på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte app'en, kan du logge ind via www.tryg.dk.

Husk før du kontakter Tryg Læge Hotline

- Vær sikker på, at din forsikring dækker Tryg Læge Hotline.
- Mål temperaturen, hvis du har mistanke om feber.
- Find medicin frem, hvis du bruger medicin.
- Hav CPR-nr. klar.

Hent "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder speciallægeviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, som efter aftale med Tryg, leverer flere af de sundhedsydelser, som Tryg tilbyder.

4.5.1 Dækning

Forsikringen dækker videokonsultation med en speciallæge i almen medicin uden for din egen læges åbningstid. Kontakt til Tryg Læge Hotline kan ske ved behov for lægehjælp inden for få timer – det vil sige i tilfælde, som ikke kan vente til i morgen.

Forsikringen dækker ikke medicin, hjælpemidler, transport eller anden relevant undersøgelse eller behandling på privathospital/privatklinik. Betaling for lægekonsultation sker direkte mellem lægen og os. Hvis du ønsker andre produkter eller ydelser hos leverandøren afregner du direkte med denne.

Transport i forbindelse med en eventuel indlæggelse er ikke dækket af forsikringen, og arrangeres ikke af lægen, medmindre der er tale om akut indlæggelse via 112.

4.5.2 Hvem er omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de personer, der er nævnt i forsikringsaftalen og ved henvendelse skal du bruge NemID for den person, som er nævnt i forsikringsaftalen.

4.5.3 Tilgængelighed

Du kan kontakte Tryg Læge Hotline, når din egen læge har lukket. Se vores åbningstider på www.tryg.dk og i appen "TrygSundhed".

4.5.4 Akut behandling er ikke dækket

Udgifter til akut behandling er ikke dækket af denne forsikring. Ved behov for lægehjælp inden for få minutter skal du ringe 112.

4.5.5 Behandlingsbehovet

Via videokonsultationen hos Tryg Læge Hotline kommer du i kontakt med en speciallæge i almen medicin (ligesom din egen læge). Lægen hos Tryg Læge Hotline tager stilling til:

- Symptomer og evt. behandling.
- Receptudskrivelse.
- Behov for akut henvisning til undersøgelse i offentligt regi.
- Hvorvidt videre undersøgelse eller behandling skal foregå via egen læge eller skadestue.

Husk

Du skal altid henvende dig til din egen læge, når det drejer sig om at få fornyet recepter eller konsultationen kan vente til i morgen.

4.5.6 Behandlingsmetoden – krypteret videokommunikation

Hos Tryg Læge Hotline får du konsultation med en speciallæge i almen medicin via krypteret videokommunikation. Det betyder, at du har mulighed for at tale med lægen og vise lægen eventuelle symptomer via din pc, mobil eller tablet. Hvis lægen vurderer, at du har behov for medicin kan recepten ringes ind til dit nærmeste døgnapotek.

Lægen udskriver aldrig vanedannende medicin eller medicin med misbrugspotentiale, fx sovemedicin, beroligende medicin, morfika mv.

4.5.7 Vi dækker i følgende lande

Forsikringen dækker opkald i Danmark. Opkald fra Grønland eller Færøerne er aldrig dækket.

4.5.8 Her skal du altid bruge det offentlige sundhedstilbud

- Receptfornyelse
- Ikke akut sygdomsbehandling og undersøgelse.
- Råd og vejledning om, hvad du selv kan gøre ved almindelige sygdomme og gener.
- Hjælp og støtte ved sygdom.
- Kontakt med anden speciallæge end en speciallæge i almen medicin, eksempelvis psykiatri.
- Ved behov for fysiske undersøgelse/udredning mm.
- Vejledning omkring kroniske sygdomme eller tilstande.
- Vejledning om kosmetiske eller forebyggende undersøgelse eller behandling.
- Almindelig kontrol efter operation.
- Spørgsmål/vejledning om genoptræning, hjælpemidler, syge-transport eller alternativ behandling.
- Spørgsmål/vejledning omkring misbrug.
- Henvvisninger til behandling via din Sundhedsforsikring – kontakt din egen læge.
- Brug for lægehjælp inden for få minutter - ring 112.

4.6 Min Sundhedsprofil

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

Hvad er Min Sundhedsprofil?

Min Sundhedsprofil er et personligt værktøj, som kan hjælpe og motivere til en sund livsstil i forhold til kost, rygning, alkohol, motion og stress.

Hvor finder jeg Min Sundhedsprofil?

Min Sundhedsprofil er tilgængelig via vores gratis app "TrygSundhed" på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte app'en, kan du logge ind via www.tryg.dk

Hent "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Din sundhedstilstand er personlig og behandles fortroligt. Tryg eller din arbejdsgiver kan ikke få oplysninger om dig eller din sundhedstilstand.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder speciallægeviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, som efter aftale med Tryg, leverer flere af de sundhedsydelser, som Tryg tilbyder.

4.6.1 Dækning

Min Sundhedsprofil er en personligt værktøj, som kan hjælpe og motivere til en sund livsstil i forhold til kost, rygning, alkohol, motion og stress.

Ud fra en række spørgsmål får du en rød, gul eller grøn indikation på din livsstil sammen med gode råd om, hvordan du kan komme i gang med en eventuel livsstilsændring.

Du skal være over 18 år for at benytte Min Sundhedsprofil.

4.7 Min Sundhedsprofil Plus

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

Hvad er Min Sundhedsprofil Plus?

Min Sundhedsprofil Plus er videokonference med en diætist eller fysioterapeut, som kan hjælpe dig med, faglig sparring omkring kost og motion. Min sundhedsprofil Plus er et tillæg til Min Sundhedsprofil.

Behandleren på Min Sundhedsprofil Plus kan ikke besvare spørgsmål omkring din Sundhedsforsikring eller oprette sager på forsikringen. Dette gør du på vores hjemmeside www.tryg.dk eller ved at kontakte Tryg Sundhedsteam på 70 11 20 20 alle hverdage 8.00-17.00 eller på e-mail sundhed@tryg.dk.

Hvor finder jeg Min Sundhedsprofil Plus?

Min Sundhedsprofil Plus er tilgængelig via vores gratis app "TrygSundhed" på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte app'en, kan du logge ind via www.tryg.dk

Hent "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Din sundhedstilstand er personlig og behandles fortroligt. Tryg eller din arbejdsgiver kan ikke få oplysninger om dig eller din sundhedstilstand.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder speciallægeviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, som efter aftale med Tryg, leverer flere af de sundhedsydelser, som Tryg tilbyder.

4.7.1 Hvem er omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter kun de personer, der er nævnt i forsikringsaftale.

Du skal være over 18 år for at bruge forsikringen.

4.7.2 Dækning

Forsikringen dækker op til 5 videokonsultationer pr. forsikringsår med enten diætist eller fysioterapeut, hvis du har spørgsmål omkring kost og motion, eller hvis du er motiveret for en sund livsstil og har behov for faglig sparring til din opstart.

En konsultation kan vare op til 15 minutter. Varer behandlingen længere, tæller hver påbegyndte 15 minutter som en ny konsultation.

4.7.3 Hvad kan jeg benytte Min Sundhedsprofil Plus til?

Du kan enten få videokonsultation med en diætist eller en fysioterapeut.

Diætisten rådgiver bl.a. om:

- Livsstil
- Diabetes
- Vægttab
- Irritabel tarmsygd
- Laktoseintolerance
- Glutenintolerance
- Vægtøgning

Fysioterapeuten rådgiver bl.a. om:

- Vægttab
- Aktiv hverdag
- Stillesiddende arbejde
- Tag træning med på rejsen
- Ski uden skader.
- Kom i gang med løb
- Kontorspændinger i nakken.
- Styrk din ryg

Husk at bruge familie og venner

Motivation og opbakning får du bedst af din familie og venner. Min sundhedsprofil Plus tilbyder dig sparring med fagpersoner inden for kost og motion og ikke opfølgende samtaler.

Du bestiller tid til at blive kontaktet af livsstilseksperterne i Trygs kvalitetssikrede netværk via app'en "TrygSundhed".

4.7.4 Sådan bruger du Min Sundhedsprofil Plus

1. Gå ind på appen "TrygSundhed", og log på med NemID.
2. Udfyld Min Sundhedsprofil, inden du benytter Min Sundhedsprofil Plus.
3. På min Sundhedsprofil Plus skal du udfylde få yderligere spørgsmål rettet mod kost og motion.
4. Herefter kan du booke tid til en videokonference med diætist eller fysioterapeut.
5. Diætisten eller fysioterapeuten vil derefter kontakte dig.

4.7.5 Min Sundhedsprofil Plus tilbyder ikke

- Gentagende motiverende samtaler og løbende kontroller ved fx vægttab.
- Rådgivning, der vedrører andre end den person, som fremgår på forsikringsaftalen.

Diætiestrådgivning indeholder aldrig:

- Lægefaglig vejledning eller rådgivning omkring sygdom, symptomer eller genoptræning efter operation/behandling
- Akut sygdom eller skader
- Udskrivning af recepter
- Mulighed for at få stillet en diagnose
- Kontakt med en læge
- Rådgivning omkring spiseforstyrrelser

Fysioterapirådgivning indeholder aldrig:

- Lægefaglig vejledning eller rådgivning omkring sygdom, symptomer eller genoptræning efter operation/behandling
- Akut sygdom eller skader
- Udskrivning af recepter
- Fysiske ydelser
- Mulighed for at få stillet en diagnose
- Kontakt med en læge

4.8. Tryg Sundhedstjek

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

Hvad er Tryg Sundhedstjek?

Tryg Sundhedstjek er et årligt mini sundhedstjek ved en sygeplejerske kombineret med en motiverende samtale. Gå ind på vores app "TrygSundhed" og bestil tid til et sundhedstjek i nærheden af dig.

Inden dit Tryg Sundhedstjek skal du udfylde Min Sundhedsprofil i vores app "TrygSundhed", på din mobil eller tablet. Du logger ind med dit NemID. Har du ikke en mobil eller tablet, hvor du kan benytte app'en, kan du logge ind via www.tryg.dk

Hent "[TrygSundhed](#)" til din mobil.

Din sundhedstilstand er personlig og behandles fortroligt. Tryg eller din arbejdsgiver kan ikke få oplysninger om dig eller din sundhedstilstand.

Vi samarbejder med Aleris Hamlet Hospitaler A/S, som besidder speciallægeviden inden for sundhedsområdet. Det er derfor Aleris Hamlet Hospitaler, som efter aftale med Tryg, leverer flere af de sundhedsydelser, som Tryg tilbyder.

4.8.1 Dækning

Tryg Sundhedstjek er et årligt sundhedstjek kombineret med en motiverende samtale hos en af vores samarbejdspartnere. Et Tryg Sundhedstjek tager ca. 15 minutter i alt.

Forsikringen dækker ikke transport i forbindelse med sundhedstjekket.

4.8.2 Før dit Tryg Sundhedstjek

1. Hent vores gratis app "TrygSundhed", og log på med NemID.
2. Udfyld Min Sundhedsprofil.

4.8.3 Det sker til dit Sundhedstjek

4.8.3.1 Fysisk måling

Den fysiske undersøgelse varetages af en sygeplejerske, som måler:

- Blodtryk
- Puls
- Totalkolesterol
- Blodsukker
- Talje
- Fedtprocent

4.8.3.2 Personlig samtale

På baggrund af den fysiske måling får du en personlig samtale med en sygeplejerske omkring din sundhedstilstand. Samtalen vil være individuel, men kan f.eks. indeholde:

- En gennemgang af resultaterne af den fysiske måling.
- Gode råd om forebyggelse – hvad skal du være opmærksom på i forhold til livsstil.
- En konkret handleplan til en sundere livsstil.

4.8.4 Tryg Sundhedstjek dækker ikke:

- Vejledning omkring sygdom eller symptomer.
- Hjælp til akutte sygdomme eller skader.
- Udskrivning af recepter.
- Diagnosticering eller henvisninger til behandling.
- Kontakt med en læge.
- Omkostninger i forbindelse med transport.

Har du behov for lægehjælp, skal du kontakte din egen læge og ved akut sygdom eller skade skal du ringe 112.

5. Forsikringen dækker ikke

Udgifter til konsultation og/eller behandling:

- hos alm. praktiserende læger.
- hos naturlæger eller andre alternative behandlere.
- du selv udfører, eller som udføres af din ægtefælle/ samlever, dine forældre eller dine børn eller en virksomhed, der tilhører en af disse.

Udgifter til sygdomme eller skader som har en konkret sammenhæng med arbejdet.

Udgifter til:

- Alle former for attester.
- Organtransplantation.
- Dialysebehandling.
- Alle former for fedmeoperationer.
- Synskorrekationer og behandling af skelen.
- Ophold på hospice.

Alle former for behandling i forbindelse med seksualitet og graviditet, samt følger heraf, herunder:

- Behandling af seksuel dysfunktion.
- Behandling af kønssygdomme og aids samt forstadier og følgesygdomme af disse.
- Prævention og sterilisation.
- Provokeret abort, medmindre aborten er lægeligt begrundet.
- Behandling og undersøgelse i forbindelse med barnløshed.
- Undersøgelse og kontrol under graviditet.
- Fødsel og efterbehandling.

Alle former for tandbehandling, herunder tandproteser og parodontosebehandling, er undtaget, medmindre behandlingen er omfattet af pkt. 3.1.7.

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

- Legemsbeskadigelse, som du selv er skyld i.
- Beruselse, som du selv er skyld i.
- Grov uagtsomhed.
- Udøvelse af professionel sport.
- Militærtjeneste.
- Følger af krig, krigslignende handlinger, terrorisme, neutralitetskrænkelser, borgerkrig, oprør, borgerlige uroligheder, beslaglæggelse eller revolution.
- Følger af atomkernereaktioner og radioaktivt henfald, uanset om sygdommen/tilskadecomsten sker i krigstid eller i fredstid. Forsikringen dækker dog sygdom og skade, som skyldes eller sker i forbindelse med kernereaktioner, der bliver anvendt til sædvanligt industrielt, medicinsk eller videnskabeligt formål. Anvendelsen skal følge aktuelle forskrifter og ikke stå i forbindelse med reaktor- eller acceleratordrift.
- Epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

Professionel sport

Ved professionel sport forstås sport, du får betaling for. Sportsudøveren betragtes som professionel, når personen overvejende lever af sin sport.

Terrorisme

Ved terrorisme forstås en handling, herunder – men ikke begrænset til – vold eller trussel om anvendelse af vold, der er foretaget af en eller flere personer, uanset om de handler på egen hånd eller i forbindelse med en eller flere organisationer og/eller myndigheder.

For at en handling kan karakteriseres som terrorisme, skal handlingen desuden være begået med politisk, religiøs, ideologisk eller etnisk formål eller begrundelse og have til hensigt at påvirke en regering og/eller sprede frygt i offentligheden eller dele af offentligheden.

6. Generelle betingelser

6.1 Forsikringssum

6.1.1

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

6.1.2

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

6.2 Forsikredes oplysningspligt

6.2.1

Du har pligt til at give os de oplysninger, som vi mener, er nødvendige for at afgøre, om vi dækker behandling og omfanget af dækningen.

6.2.2

Vi har ret til at få oplyst navn, adresse og telefonnummer på hospital, læger og andre behandlere, der har eller vil få kendskab til dit helbred.

6.2.3

Vi har ret til at søge oplysninger hos disse læger og behandlere og forelægge dem de oplysninger, som du har givet os, når vi har fået dit forudgående samtykke.

6.3 Forsikring i andet selskab

6.3.1

Har du købt en forsikring mod samme risiko i et andet forsikrings-selskab, er der tale om dobbeltforsikring, og du skal anmelde sygdom eller tilskadekomst til begge selskaber.

6.3.2

Hvis det andet forsikrings-selskab undtager eller indskrænker erstatningspligten, hvis du er dobbeltforsikret, gælder de samme undtagelser og indskrænkninger også for denne forsikring. Det vil betyde, at vi og det andet forsikrings-selskab skal betale forholds-mæssig erstatning.

6.4 Overførsel af forsikring og anciennitet

6.4.1

Vi tilbyder at overtage anciennitet fra eventuelle tidligere tilsva-rende forsikringer.

Der kan ikke sker overførsel af anciennitet fra en Diagnoseforsik-ring (eller anden lignende forsikring som Tryg Diagnoseforsikring) til en Sundhedsforsikring.

Overtagelse af anciennitet kræver et ubrudt forsikringsforhold. Det betyder, at forsikringen skal fortsætte hos os fra den dato, hvor den er opsagt hos dit tidligere forsikrings-selskab. Er der tale om et brudt forsikringsforhold, bliver dækningen hos os betragtet som en helt ny forsikring.

6.4.2

Hvis vi overtager anmeldte skader og sygdomme, hvor behand-lingsforløbet ikke er planlagt, dækker vi efter vores betingelser.

Igangværende behandling hos tidligere forsikrings-selskab, når for-sikringen købes, er ikke dækket under denne forsikring.

6.4.3

Hvis vi overtager behandling af sygdom, har vi ret til at få indsigt i oplysninger hos det andet selskab.

6.5 Forsikringens ophør

6.5.1

Forsikringen ophører:

6.5.2 Firmaordning

Når du træder ud af Trygs firmaordning, kan du efter vores regler videreføre din forsikring på vores individuelle vilkår til vores indivi-duelle pris og efter aftale med os.

Ønske om videreførelse skal ske inden eller direkte i forbindelse med udmeldelse af den hidtidige forsikring.

6.5.3 Individuel/privat købt forsikring

Forsikringen gælder for et år ad gangen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

Den forlænges automatisk for yderligere et år, medmindre den opsiges inden.

Forsikringen ophører, hvis du kommer på plejehjem eller en anden behandlingsinstitution, hvor du skal opholde dig varigt.

6.5.4 Fordelsvilkår

Er forsikringen købt på fordelsvilkår, gælder det, at forsikringen ophører, når ansættelsesforholdet (eller medlemskabet) ophører. Dog senest ved udløbet af den måned du fylder 70 år.

Du har i stedet mulighed for at videreføre din forsikring på vores individuelle vilkår og til vores individuelle pris efter aftale med os.

Ønske om videreførelse skal ske inden eller direkte i forbindelse med udmeldelse af den hidtidige forsikring.

6.5.5 Ægtefælle/samlever og børn

Er du forsikret som ægtefælle/samlever til en person, der er dæk- ket under en kollektiv ordning, gælder det, at dækningen ophører, når denne person træder ud af den kollektive ordning, eller du fylder 70 år.

Du har i stedet mulighed for at videreføre din forsikring på vores individuelle vilkår og til vores individuelle pris efter aftale med os.

Medforsikrede børn er omfattet af forsikringen indtil udgangen af den måned, barnet fylder 21 år, medmindre forsikringen er ophørt forinden.

6.5.5 Ansvarstid

Når forsikringen stopper, mister du samtidig retten til dækning. Sygdom, der er opstået og anmeldt i forsikringstiden, er dækket, i indtil 6 måneder efter at forsikringen er stoppet.

7. Generelle bestemmelser

Forsikringens varighed

Forsikringen gælder for et år ad gangen, med mindre andet fremgår af forsikringsaftalen (police).

Den forlænges automatisk for yderligere et år, medmindre den opsiges inden.

Forsikringens betaling

Forsikringen betales en eller flere gange om året. På din forsikringsaftale (police) kan du se, hvad du har valgt.

Ud over prisen på din forsikring opkræver vi afgifter til det offentlige, fx skadeforsikringsafgift.

Du kan betale forsikringen via Betalingservice eller indbetalingskort. Du betaler et opkrævningsgebyr, der dækker vores udgifter ved opkrævning og indbetaling. Vi sender opkrævningen til den betalingsadresse, vi har fået oplyst. Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked.

Hvis forsikringen ikke bliver betalt til tiden, får du en rykker. Er forsikringen ikke betalt 21 dage efter den første rykker, ophører forsikringen.

Hvis vi sender en rykker, har vi ret til at opkræve ekspeditionsgebyr, morarenter og evt. andre omkostninger, der svarer til vores udgifter til fx udskrivning af dokumenter og øvrige serviceydelser.

Gebyrer

Vi er berettiget til at beregne gebyrer til hel eller delvis dækning af omkostningerne ved fx opkrævninger, rykkerskrivelser, inkasso, udbetalinger, print og behandling af dokumenter, oversigter, besigtigelser, ekspeditioner, og ydelser i forbindelse med forsikrings- og skadebehandling mv.

Vi kan ændre eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer, når det er begrundet i:

- omkostningsmæssige årsager – fx hvis vi digitaliserer flere af vores processer eller ydelser, eller indfører flere selvbetjeningsløsninger.
- forretningsmæssige årsager – fx for at udnytte vores ressourcer eller kapacitet på en mere hensigtsmæssig måde, eller for at ændre den generelle gebyrstruktur.
- markedsmæssige årsager – fx hvis grundlaget for gebyret har ændret sig, eller hvis vi ser en ændret kundeadfærd.

Ændringer af eksisterende gebyrer sker via offentliggørelse på vores hjemmeside med én måneds varsel til den første i en måned. Væsentlige ændringer af eksisterende gebyrer vil dog blive varslet individuelt med én måneds varsel til den første i en måned.

Indførelse af nye gebyrer vil blive varslet individuelt med én måneds varsel til den første i en måned.

Vi kan uden varsel sætte gebyrer ned.

Sådan behandler vi dine personoplysninger

På www.tryg.dk/personoplysninger kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger. Her finder du blandt andet information om til hvilket formål, vi behandler oplysninger om dig, hvor oplysningerne bliver registreret og hvem oplysningerne eventuelt bliver videregivet til. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at vide mere.

Har du tegnet en forsikring, der dækker fx dit barn (som forsikrede), har du givet samtykke til, at vi ligeledes må behandle de afgivne oplysninger om dit barn. Du har ligeledes givet samtykke til, at dit barn får mulighed for selv at give meddelelse til os om ændring af beskæftigelse ved det fyldte 18. år og fremtidigt. Efter barnets fyldte 18. år vil vi skrive til jer begge to, idet dit barn på det tidspunkt kan vælge at få sin egen forsikring.

Indeksregulering

Prisen på forsikringen og forsikringssummer indeksreguleres og fremgår af forsikringsaftalen (police).

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

Indeksregulering sker hvert år fra den 1. januar. Prisen på forsikringen indeksreguleres en gang om året på forsikringens første betalingsdag i kalenderåret. Indekset for første kvartal året før danner grundlag for reguleringen.

Ændringer af betingelser og priser

Vi varsler væsentlige ændringer af betingelserne og/eller prisen senest 30 dage før forsikringsperioden udløber.

Når du betaler forsikringen for en ny periode, accepterer du samtidig ændringerne, og forsikringen fortsætter med de ændrede betingelser og/eller pris.

Indeksregulering betragtes ikke som en ændring af prisen for forsikringen.

Klagemulighed

En klage til Ankenævnet skal sendes på et specielt skema, som du kan få i vores Kvalitetsafdeling eller hos Ankenævnet. Det koster et mindre beløb at klage til Ankenævnet.

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

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din forsikrings sag.

Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du kontakte Kvalitetsafdelingen, som er den afdeling hos os, der har ansvar for klager.

Adressen er:

Tryg
Postkode J22
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

E-mail: Kvalitet@tryg.dk

Fører henvendelsen til Kvalitetsafdelingen ikke til et resultat, du er tilfreds med, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Tlf. 33 15 89 00 mellem 10.00-13.00
www.ankeforsikring.dk

8. Fortrydelsesret

Gælder kun for private forbrugerforsikringer

Du har ret til at fortryde dit køb af private forsikringer, men fortrydelsesretten er afhængig af to forskellige situationer:

- Du har mødt vores repræsentant fysisk, da du købte din forsikring.
- Du har ikke mødt vores repræsentant fysisk, da du købte din forsikring (fjernsalg).

Du kan eventuelt læse mere om fortrydelsesretten i Lov om forsikringsaftale § 34e og 34i.

Fortrydelsesfrist

Fortrydelsesfristen er altid 14 dage, og fristens begyndelse afhænger af, hvordan aftalen er indgået, punkt 1-2.

1. Har du mødt vores repræsentant, da du købte forsikringen, starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
 - a Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen.
 - b Eller fra den dag, du har fået tydelig skriftlig besked om fortrydelsesretten.
2. Ved fjernsalg starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
 - a Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen.
 - b Når du har fået de oplysninger, vi har pligt til at give dig enten på papir eller pr. e-mail.

Fristen på 14 dage beregnes således:

Hvis du fx køber din forsikring mandag den 1. og først har modtaget oplysningerne onsdag den 3., har du frist til og med onsdag den 17.

Hvis fortrydelsesfristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

Hvordan fortryder du?

Inden fortrydelsesfristen udløber, skal du give os besked om, at du har fortrudt dit køb. Du kan give os besked enten pr. brev eller e-mail. Hvis du vil have bevis for, at du har sendt beskeden, inden fristen udløber, kan du sende et anbefalet brev og gemme kvitteringen.

Du skal sende besked om, at du har fortrudt købet til:

Tryg
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

E-mail: tryg@tryg.dk

Hvis du fortryder

Hvis du fortryder dit køb af forsikring, bliver købet ophævet, og du skal ikke betale noget for forsikringen. Det betyder også, at hvis der sker en skade, i perioden, fra du har købt forsikringen, til du fortryder, så er skaden ikke dækket af forsikringen.

Har du købt forsikringen ved fjernsalg, kan du ophæve købet, hvis du ikke har fået de øvrige relevante oplysninger fra os. Købet bliver ophævet fra det tidspunkt, hvor du sender besked til os om ophævelsen. Du skal dog være opmærksom på, at du skal betale for din forsikring, indtil du ophæver købet, bortset fra de første 14 dage, som er den almindelige fortrydelsesfrist. Vi beregner prisen i forhold til den tid, du har været forsikret, og ud fra den aftale vi oprindeligt havde indgået om køb af forsikringen.