

Forsikringsbetingelser for FSP Sundhedssikring

Gældende fra 1. juli 2011



§ 1.0 FSP Sundhedssikring

§ 1.1

Forsikringsbetingelserne gælder fra den 1. juli 2011, og erstatter tidligere betingelser. Mølholm behandlingsforsikring er en gruppeforsikring oprettet i Mølholm Forsikring A/S (herefter kaldet Forsikringsselskabet). Forsikringsaftaleloven er gældende. Fremtidige ændringer i Forsikringsaftaleloven følges.

§ 1.1.1

Både ægtefælle/samleverordninger er at betragte som en del af gruppeordningen med den rabat, der heraf følger. Ægtefælle/samlever indgår i virksomhedens evt. risikoregnskab. Ægtefælle/samleverordninger følger derfor virksomhedens opsigelsesvarsel.

§ 1.2

Den virksomhed, som indgår aftalen med FSP Sundhedssikring, betragtes som forsikringstageren. Har ægtefælle/samlever tegnet forsikring under behandlingsforsikringen, betragtes virksomheden som forsikringstager. Der udstedes selvstændigt policekort til hver enkelt forsikrede, samt til ægtefællen/samleveren.

§ 1.3

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

§ 2.0 Hvem er dækket af FSP Sundhedssikring?

Ansatte i en virksomhed registreret (CVR-nr.) i Danmark, som har indgået aftale med FSP Sundhedssikring, samt forsikrede, som har tegnet FSP Sundhedssikring privat. Forsikrede er pligtige til at meddele adresseændring til FSP Sundhedssikring. Ægtefælle/samlever er dækket af behandlingsforsikringen, såfremt der er indgået (skriftlig) aftale herom. Hvis forsikrede og dennes ægtefælle/samlever er omfattet af behandlingsforsikringen, er de forsikredes børn under 21 år omfattet af behandlingsforsikringen uden tillægspræmie.

§ 3.0 Hvor dækker FSP Sundhedssikring?

FSP Sundhedssikring dækker på de af Forsikringsselskabet valgte behandlingssteder (Forsikringsselskabets netværk) i Danmark, Norge og EU. Det pågældende behandlingssted skal leve op til dansk behandlingsniveau og skal derfor godkendes af Forsikringsselskabet. Godkendelse skal foreligge, før behandling påbegyndes.

§ 4.0 Garanti på behandling

Forsikringsselskabet har samarbejde med udvalgte privathospitaler, som altid har en høj kvalitet og en meget høj service. Behandlingsstederne kvalitetssikres månedligt gennem anonym spørgeskemaundersøgelse. Denne udføres af Analyzer. Der udarbejdes en årlig rapport over hvert behandlingssted, som gennemgås på årsmødet.

§ 4.1

Den forsikrede garanteres undersøgelse, behandling (herunder forundersøgelse) eller operation inden for 10 arbejdsdage efter, at en dækningsberettiget diagnose er godkendt af Forsikringsselskabet. Behandlingsgarantien gælder i Forsikringsselskabets eget behandlernetværk.

§ 4.2

Forundersøgelse, som ikke fører til yderligere behandling, er dækket under behandlingsforsikringen.

§ 4.3

MR-skanning er omfattet af behandlingsforsikringen, uanset om det fører til yderligere behandling end blot udredning af den forsikredes symptomer.

§ 4.4

Ultralydsskanning er omfattet af behandlingsforsikringen, uanset om det fører til yderligere behandling end blot udredning af den forsikredes symptomer.

§ 4.5

Mammografi er omfattet af behandlingsforsikringen, uanset om det fører til yderligere behandling end blot udredning af den forsikredes symptomer.

§ 4.6

Forundersøgelse, behandling og operation må kun foretages af speciallæger.

§ 4.6.1

FSP Sundhedssikring dækker ikke undersøgelse og behandling hos praktiserende læge eller speciallæge i almen medicin (anden titel for praktiserende læge).

§ 5.0 Hvornår er der dækning?

§ 5.1

Sygdomme eller følger efter et ulykkestilfælde er dækket af FSP Sundhedssikring. Disse skal diagnosticeres af egen læge eller af speciallæge og godkendes af Forsikringsselskabet.

§ 5.1.1

Der skal altid foreligge en lægehenviisning. Ved kiropraktorbehandling er der ikke krav om lægehenviisning.

§ 5.2

FSP Sundhedssikring træder i kraft fra den dato, der er nævnt i tilslutningssaftalen. Ved ægtefælle/samleverordninger er ikrafttrædelsesdatoen den 1. i måneden efter underskrift og modtagelse hos FSP Sundhedssikring (stempeldato).

§ 5.3 FSP

Sundhedssikring dækker ved fratrædelse i op til 6 måneder efter at behandlingsforsikringen er ophørt, hvis sygdommen, lidelsen eller diagnosen er anmeldt i forsikringstiden.

§ 5.3.1

Er FSP Sundhedssikring efter anmeldelsestidspunktet overflyttet til sundhedsordning i andet selskab, dækkes der i tre måneder.

§ 5.3.2

Er der sket en overdragelse af forsikringsforholdet fra andet forsikringsselskab til FSP Sundhedssikring, og skaden er anmeldt i det tidligere forsikringsselskab, er der først dækning efter 3 måneder.

§ 5.4

Sygdomme/lidelser, som den forsikrede er bekendt med, som er opstået før FSP Sundhedssikrings ikrafttræden, er ikke dækket af forsikringen. Ligeledes er senere tilkomne følgetilstande ikke dækket.

§ 5.4.1

Når den forsikrede har været omfattet af FSP Sundhedssikring i 1 år, er sygdomme/lidelser opstået inden indtrædelse i behandlingsforsikringen også omfattet.

§ 5.5

Har den forsikrede en tilsvarende forsikring i andet selskab ved ansættelsen, overtages ancienniteten på denne af FSP Sundhedssikring. Denne anciennitetsovertagelse skal meddeles skriftligt senest 3 måneder efter indtrædelse i FSP Sundhedssikring, eller senest ved ønsket om behandling, og skal godkendes af Forsikringsselskabet. I anciennitetsovertagelsen overtages også evt. dækning for tidligere lidelser, hvis ancienniteten er længere end 1 år (se § 5.4.1).

§ 5.6

Der er dækning ved sygdom eller ulykke, der er opstået som følge af udøvelse af motorvæddeløb, herunder træning, racerbådsløb, bjergbestigning, drageflyvning, dykning med dykker eller frømandsudstyr, faldskærmsudspring eller anden farlig sport, der i farlighed kan sidestilles med førnævnte. Der er dækning ved udøvelse af professionel sport, når den pågældende ikke har sporten som hovederhverv (dokumenteres i form af lønindtægt).

§ 5.7

Udbetaling ved dækningsberettiget sygdom/ulykke er betinget af, at Forsikrings-selskabet har godkendt behandlingen, inden denne igangsættes.

§ 5.8

Såfremt den forsikrede vælger at blive behandlet på et andet privat-hospital end hørende til Forsikrings-selskabets behandlernetværk, kan det pågældende behandlingssted afvises, hvis det efter Forsikrings-selskabet ikke er certificeret eller lever op til den kvalitet, som Forsikrings-selskabet har som standard. Det pågældende behandlingssted skal leve op til danske offentlige hospitalers behandlingsstandard og skal derfor godkendes af Forsikrings-selskabet.

§ 5.8.1

Hvis den forsikrede alligevel ønsker et andet behandlingssted og ikke følger den anvisning, som er givet af Forsikrings-selskabet, da behandleren ikke er med i Forsikrings-selskabets behandlernetværk, kan Forsikrings-selskabet afvise at dække udgifterne eller vælge at dække maksimalt det beløb, behandlingen ville have kostet i Forsikrings-selskabets behandlernetværk.

§ 5.8.2

Hvis den forsikrede ønsker et andet behandlingssted uden for Danmark (i Norge og EU) og ikke følger den anvisning, som er givet af Forsikrings-selskabet, da behandleren ikke er med i Forsikrings-selskabets behandlernetværk, kan Forsikrings-selskabet afvise at dække udgifterne eller vælge at dække maksimalt det beløb (tillagt 25 %), behandlingen ville have kostet i Forsikrings-selskabets behandlernetværk. Rejseomkostninger uden for Danmark er ikke dækket.

§ 5.9

Behandlingen skal altid udføres af speciallæger.

§ 5.10

Sundhedsanalyse og sundhedsportal

Den forsikrede tilbydes en sundhedsanalyse. Analysen er gratis. Den forsikrede kan foretage analyse en gang for hver 12 måneder. Analysen tilbydes i samarbejde med Prescriba A/S. Den forsikrede kan, en gang hver 12. måned, gå ind på www.behandlingsgaranti.dk og trykke på livsstilsanalyse. Den forsikrede bedes herefter besvare spørgsmålene, og forsikrede får herefter en vurdering og tilbagemelding.

§ 5.11

Højde og vægt skal angives på skadeanmeldelsen.

§ 5.11.1

Hvis overvægten er af betydning for operationens resultat, kan det fra Forsikrings-selskabets side kræves, at den forsikrede taber sig til normalvægt, inden operation bevilges.

§ 5.12

Hospice

Godkendte udgifter til ophold på dansk hospice i indtil 3 måneder, dog maksimum kr. 30.000. Skal være speciallægeordineret.

§ 5.13

Der er forsikringsdækning under graviditetsorlov og barselsorlov.

§ 5.14

Der er forsikringsdækning under orlov og Forældreorlov, dvs. fortsat at præmiebetaling opretholdes.

§ 5.14.1

En virksomhed kan beslutte at dække under § 5.14 mod betaling.

§ 5.15

Den samlede dækning pr. forsikrede kan i et forsikringsår (kalenderår) ikke overstige mere end det i gruppeaftalen anførte maksimum (2011: 1.700.000 kr. pr. forsikret pr. år).

Hvad dækker forsikringen?

§ 6.0 Hvad dækker FSP Sundhedssikring?

§ 6.1

FSP Sundhedssikring dækker forsikredes udgifter i forbindelse med speciallægeordineret behandling af sygdom og følger efter ulykkestilfælde.

Udgifterne skal være godkendt af Forsikrings-selskabet.

§ 6.2

Ved sygdom eller følger efter ulykkestilfælde forstås væsentlig svækket helbredstilstand, der efter en almindelig lægelig vurdering kan kureres ved behandling (medicinsk, kirurgisk m.m.). Behandlingen skal efter en almindelig lægelig vurdering være rimelig at foretage for at kurere sygdommen eller følgen. At sygdommen eller følgen kureres væsentligt ved behandling betyder, at forsikredes helbredstilstand efter en almindelig lægelig vurdering vil opnå en ikke ubetydelig bedring med behandling end uden behandling.

§ 6.3

Såfremt den forsikrede, efter nødvendige forundersøgelser, får stillet en ikke akut hjerteoperationsdiagnose (uden akut pakkeforløb i det offentlige) og indstilles til operation, er operationsudgifterne dækket af FSP Sundhedssikring. Udgifterne skal være godkendt Forsikrings-selskabet, inden behandling påbegyndes. Dækningen omfatter ikke hjertetransplantationer.

§ 6.4

Kosmetisk eller forebyggende behandling anses ikke for en behandling af sygdom, bortset fra rekonstruktion af bryst efter fjernelse af tumor og behandling af direkte følger af et ulykkestilfælde. Behandling af direkte følger af et ulykkestilfælde skal ske i umiddelbart forlængelse af ulykkestilfældet (maksimalt 3 måneder). Visse hudsygdomme betragtes som et kosmetisk/kronisk problem og ikke som sygdom med reel svækket helbredstilstand, som eks. kan nævnes acne, rosacea og psoriasis. Behandling for hængende øjenlåg (såvel øverste som nederste) betragtes som kosmetisk og dækkes ikke.

§ 6.4.1

Fodvorter betragtes som kosmetisk.

§ 6.4.1.1

Fodvorter kan tillades behandlet over FSP Sundhedssikring, hvis lidelsen er nyopstået. Dog maksimalt i 3 måneder.

§ 6.4.1.2

Hvor der har været behandlet i flere år, betragtes lidelsen som varig/kronisk.

§ 6.4.1.4

Keratosis actinica (solskader i huden) dækkes op til 3 behandlinger, hvis det skønnes at føre til varig bedring.

§ 6.4.1.4.1

Hvis det skønnes, at keratosis actinica (solskader i huden) ikke kan varigt bedres, dækker FSP Sundhedssikring ikke.

§ 6.4.1.5

Kondylomer behandles op til 3 gange. Herefter betragtes lidelsen som kronisk/varig.

Lidelsen er en virus sygdom, som opfører sig som herpes zoster og som forkølelsessår.

§ 6.5

Behandling af cancer (simpel kræft) er omfattet af FSP Sundhedssikring.

§ 6.5.1 Hvad er simpel kræft: Kræft der sædvanligvis kan fjernes uden, at den pågældende skal i kemoterapi eller strålebehandling. Som eksempler kan nævnes hudkræft, livmoderhalskræft og testikelkræft.

§ 6.5.1.1

Behandlingsgarantien på 10 dage gælder de simple cancerformer, der opereres for i Forsikringsselskabets netværk. Det er Forsikringsselskabet, der vurderer, om den kræftoperation, der i forbindelse med forundersøgelsen er foreslået, kan foretages forsvarligt på et dansk privathospital. (F.eks. opereres der ikke for mave/tarmkræft, leverkræft, bugspytkirtelkræft, lungekræft, kræft i centralnervesystemet). Kvaliteten af operationen må ikke være ringere end i det offentlige. Der skal altid foretages frysemikroskopi, som man gør i det offentlige.

§ 6.6

Konsultation

FSP Sundhedssikring dækker forsikredes udgifter til konsultation, uanset om konsultationen fører til en sygdomsdiagnose og efterfølgende behandling.

§ 6.7

Forundersøgelse

FSP Sundhedssikring dækker forsikredes udgifter til de undersøgelser, der er nødvendige for at stille en diagnose, f.eks. MR-skanning, ultralydsskanning, røntgenundersøgelser og laboratorieundersøgelser, uanset om undersøgelserne fører til behandling.

§ 6.8

Ophold og forplejning

FSP Sundhedssikring dækker forsikredes udgifter til forplejning og pleje under indlæggelse på privathospital.

§ 6.9

Kirurgisk behandling

FSP Sundhedssikring dækker forsikredes udgifter til kirurgisk og medicinsk behandling, der foretages ambulante eller under indlæggelse på privathospital. I tilslutning til kirurgisk behandling på privathospital dækkes endvidere forsikredes udgifter til hofte- og knæproteser samt hjælpemidler (f.eks. krykkestokke), som er et nødvendigt led i behandlingen.

§ 6.10

Diætist

Diagnosticeres en alvorlig sygdom, kan speciallægen ordinere vejledning af diætist.

§ 6.10.1

Praktiserende læge kan henvise til diætist.

§ 6.10.2

Ved BMI under 17 eller over 32,5 kan der ordineres diætist.

§ 6.10.3

(Udgået)

§ 6.10.4

Diætistvejledningen forventes at være af kortere varighed (3 måneder).

§ 6.11

Afvænningsforbindelse med medicin- og alkoholmisbrug

Godkendte udgifter til ophold på dansk kurcenter i indtil 3 måneder er omfattet, dog maksimum kr. 85.000. Skal være ordineret af egen læge.

§ 6.12

Antabus

Ambulant antabusbehandling er omfattet i op til et år. Skal være speciallægeordineret.

§ 6.13

Allergi

Allergitest (priktest). Skal være speciallægeordineret.

§ 6.14

Forebyggende allergivaccinationer

Tilskud til forebyggende desensibilisering (forebyggende vaccination mod en eller anden allergi) er dækket med op til 1.000 kr. pr. år i maks.3 år. Skal være speciallægeordineret.

§ 6.15

Anden behandling

Under indlæggelse er anden nødvendig speciallægeanerkendt behandling end medicinsk og kirurgisk også dækket af FSP Sundhedssikring.

§ 6.16

Speciallægeordineret medicin

FSP Sundhedssikring dækker forsikredes andel af udgifter til speciallægeordineret medicin i op til 1 år. Medicinen skal være receptpligtig. Medicinen skal være ordineret af den behandlende speciallæge, have med den på skadeanmeldelsen anmeldte lidelse at gøre og være en del af den forsikringsmæssige betalte speciallægebehandling. Håndkøbsmedicin dækkes ikke, og medicin som både kan fås på recept og i håndkøb, dækkes ikke.

§ 6.16.1

Dog betales udgiften til medicin kun, indtil Forsikringsselskabet betragter behandlingen som afsluttet.

§ 6.17

Efterkontrol

FSP Sundhedssikring dækker rimelige ambulante efterkontroller efter udført behandling, herunder MR-skanning, ultralydsskanning, røntgenfotografering og laboratorieanalyser. Hvis den foretagne behandling nødvendiggør flere ambulante efterkontroller, dækker FSP Sundhedssikring disse. Årlige kontroller dækkes ikke.

§ 6.18

Second opinion

Ved second opinion forstås: Den forsikrede står over for en vanskelig stillingtagen, hvorfor en yderligere speciallægeundersøgelse er aktuell. Der kan være usikkerhed vedrørende diagnose eller fremtidig behandling.

§ 6.18.1

Den forsikrede har i disse tilfælde mulighed for at søge om en second opinion. Hvis Forsikringsselskabet er enig med den forsikrede, vil der blive mulighed for endnu en speciallægeundersøgelse.

§ 6.18.2

Tredje opinion

Hvis to speciallæger er af så forskellig opfattelse af, hvilken behandling den forsikrede skal tilbydes, kan der søges om en tredje, speciallægeundersøgelse. Hvis Forsikringsselskabet er enig med den forsikrede, vil der blive mulighed for endnu en speciallægeundersøgelse.

§ 6.18.3

Der kan ikke søges om second opinion/tredje opinion på en praktiserende læge.

Fysioterapi/kiropraktik og relaterede behandlinger

§ 7.0 Fysioterapi og kiropraktik

§ 7.0.1

Hvis der ikke er foretaget behandling (operation), kan FSP Sundhedssikring dække forsikredes udgifter til fysioterapi eller kiropraktik i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger. Er behandlingen en blandingsbehandling (både fysioterapi, kiropraktik, ergoterapi, akupunktur, zoneterapi og massage til samme lidelse/sygdom), kan behandlingsforsikringen dække forsikredes udgifter i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger.

§ 7.0.1.1

Ved fysioterapi bevilges behandlingerne i portioner af 10 behandlinger. Fysioterapi skal ordineres af egen læge (henvi-ning) eller speciallæge (henvi-ning). Fysioterapeuten skal være godkendt af den danske sygesikring (have et såkaldt ydernummer).

§ 7.0.1.2

Ved tildeling af yderligere portioner, skal der tages hensyn til, om det ville være mere hensigtsmæssigt, at den forsikrede undersøges af en speciallæge. Ved tildeling af flere portioner, skal der ikke udfyldes ny skadeanmeldelse. Det kan i enkeltstående tilfælde kræves, at den forsikrede indsender en skadeanmeldelse efter 3 måneders behandling, for at afdække om der i realiteten er behov for speciallægebehandling.

§ 7.1

Ved kroniske lidelser kan der maksimalt bevilges 10 fysioterapibehandlinger eller 10 kiropraktorbehandlinger, hvis disse skønnes at ville føre til ikke ubetydelig bedring. Disse skal være afholdt inden for 12 måneder. Ny tildeling kan først gives 3 måneder efter sidste behandling og efter lægekonsultation med ny henvisning.

§ 7.1.1

Har den kroniske/varige lidelse/sygdom/symptomer varet mere end 5 år, er der ikke dækning.

§ 7.1.2

Ved kiropraktik bevilges behandlinger i portioner af 10 behandlinger.

§ 7.2

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

§ 7.2.1

Betales der regninger for fysioterapi og kiropraktik, som ligger før anmeldelsestidspunktet, indgår behandlingstidspunkterne (datoerne) i de maksimale 6 måneder.

§ 7.3

Vælger den forsikrede en fysioterapeut, der ikke er godkendt af den danske sygesikring (altså uden ydernummer), vil godtgørelsen pr. behandling være 155 kr.

§ 7.3.1

Vælger den forsikrede en fysioterapeut, men har ikke lægehenvi-
sing, vil godtgørelsen pr. behandling være 155 kr.

§ 7.4

Holdtræning er godkendt, såfremt der er tilskud fra den danske sygesikring (have ydernummer og lægehenvi-
sing).

§ 7.5

Ved operation foretaget på et offentligt sygehus eller betalt af det offentlige kan der godkendes op til 4 måneders fysioterapi. Tilkendelsen på op til 4 måneder til fysioterapi er at regne fra operationsdagen.

§ 7.6

Har den forsikrede fået bevilget fysioterapi eller kiropraktik, og er der ikke foretaget nogen behandlinger i den 6 måneders periode, kan den forsikrede ansøge på ny. Er der blot foretaget 1 behandling gælder reglerne i § 7.0.1. Der skal sendes ny skadeanmeldelse og ny henvisning.

§ 7.7

FSP Sundhedssikring er berettiget til at modtage den forsikredes tilskud fra Sygeforsikringen Danmark.

§ 7.8

Genoptræning

§ 7.8.1

Hvis der er foretaget behandling (operation) ambulant eller under indlæggelse på privathospital, dækker FSP Sundhedssikring forsikredes udgifter til nødvendig genoptræning. Genoptræningen skal godkendes af Forsikringsselskabet. Genoptræningen godkendes for en 3 måneders periode første gang, herefter skal der ansøges om yderligere 3 måneder pr. telefon. Er der efter 6 måneder stadig brug for genoptræning, skal der indsendes ny skadeanmeldelse med en

vurdering fra speciallæge eller egen læge. Dette for at afdække om forløbet forløber planmæssigt, eller om den forsikrede alligevel skal ses af en speciallæge.

Forsikredes udgifter til nødvendig genoptræning hos fysioterapeut og kiropraktor er dækket indtil behandlingen er afsluttet overfor Forsikringsselskabet. Genoptræningen skal ordineres af speciallæge.

§ 7.8.2

Genoptræning kan maksimalt bevilges i 12 mdr.

§ 7.8.3

Vælger den forsikrede en fysioterapeut til genoptræning, der ikke er godkendt af den danske sygesikring (altså uden ydernummer), vil godtgørelsen pr. behandling være 155 kr.

§ 7.8.4

Vælger den forsikrede en fysioterapeut til genoptræning, men ikke har lægehenvi-
sing, vil godtgørelsen pr. behandling være 155 kr.

§ 7.8.5

FSP Sundhedssikring er berettiget til at modtage den forsikredes tilskud fra Sygeforsikringen Danmark.

§ 7.9

Eventuel konvertering af fysioterapi og genoptræning

§ 7.9.1

I forbindelse med fysioterapibehandling (uden operation) kan den forsikrede vælge efter 1 måneders fysioterapibehandling at konvertere de resterende 5 måneders behandling til et kontingent hos Fitness World. Det kræves, at konverteringen er et led i behandlingen af den anmeldte sygdom/lidelse.

§ 7.9.2

Hvis den forsikrede allerede er medlem af et fitnesscenter, kan der ikke ydes hjælp på dette område.

§ 7.9.3

I forbindelse med genoptræning efter operation kan den forsikrede vælge efter 3 måneders fysioterapibehandling at konvertere de resterende 9 måneders behandling til et kontingent hos Fitness World. Det kræves, at konverteringen er et led i behandlingen af den anmeldte sygdom/lidelse.

§ 7.9.4

Hvis den forsikrede ønsker at bruge et andet fitnesscenter end Fitness World er tilskuddet 155 kr. pr. måned.

§ 7.10

Ergoterapi

Der er dækning op til 10 behandlinger. Dog maks. i 6 måneder.

§ 7.11

Akupunktur

Der er dækning op til 10 behandlinger. Dog maks. i 6 måneder.

§ 7.11.1

Hvis der ikke er foretaget behandling (operation), kan FSP Sundhedssikring dække forsikredes udgifter til ergoterapi, akupunktur og zoneterapi efter § 7.10 og § 7.11. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger.

§ 7.11.2

Akupunktur, ergoterapi, massage og zoneterapi skal anbefales/ordineres af egen læge eller speciallæge.

§ 7.12

Zoneterapi

Der er dækning op til 8 behandlinger. Dog maks. i 6 måneder.

§ 7.12.1

Massage

Der er dækning op til 4 behandlinger. Dog maks. i 6 måneder.

§ 7.12.2

Zoneterapeuten, akupunktøren og massøren skal være RAB-registreret.

RAB er en forkortelse for Registreret Alternativ Behandler. Det er en ny beskyttet titel, der kun må bruges af behandlere der lever op til lovgivningens krav om bl.a. uddannelse, etik og god klinisk praksis. RAB er et resultat af et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet.

§ 7.13

Behandling af følgesygdomme efter graviditet er dækket. Konstatet sygdom hos det ufødte barn dækkes ikke. Problemer med graviditeten dækkes ikke.

§ 7.13.1

Rygmerter og andre gener/symptomer i forbindelse med graviditeten, som opstår i 12. uge eller senere, betragtes som et normalt problem i en graviditet og dækkes derfor ikke.

§ 7.14

Hjemmesygepleje og hjemmehjælp

Hjemmesygepleje og hjemmehjælp er dækket af FSP Sundhedssikring, hvis det ordineres af den opererende speciallæge.

§ 7.15

Rekreation efter operation på privathospital

Udgifter til ophold på dansk kurcenter (genoptræning/fysioterapi) efter operation på privathospital dækkes i indtil 3 måneder, dog maks. 50.000 kr. Skal være speciallægeordineret og skal føre til varig bedring. Der ydes tilskud til husleje og behandling. Der ydes ikke tilskud til afstressning, massage og ferielignende ophold.

§ 7.16

Der dækkes i forbindelse med opholdet ikke ydelser såsom brug af fjernsyn, telefon, el, varme og varmt vand. Der ydes ikke tilskud til internet. Der ydes ikke tilskud til kost og vask.

Psykolog/psykiater

§ 8.0 Psykiske sygdomme

FSP Sundhedssikring dækker udgifter til udredning af psykiske sygdomme diagnosticeret i forsikringstiden. Samtidig kræves det (efter almindelig speciallægelig vurdering), at det er muligt at kurere forholdet ved at behandle. Behandlingen skal foretages af psykolog (cand. psyk.) eller psykiater (cand.med.) Behandlingsgarantien på 10 arbejdsdage gælder ikke ved behandling af psykiske sygdomme.

§ 8.0.1

Ved psykiske sygdomme forstås: Bipolar sygdom (tidl. maniodepressiv psykose), psykoser (psykose er en fællesbetegnelse for det der ofte kaldes "alvorlige sindslidelser", i modsætning til "lettere sindslidelser" eller nervøse forstyrrelser), skizofreni, mani, demens osv.

§ 8.1

Udredningsperioden kan være af længere varighed, da det ofte er alvorligt at få stillet en diagnose. At få stillet diagnosen er ofte det samme som at få en kronisk sygdom. Det påvirker i mange tilfælde ens arbejdsliv og privatliv.

§ 8.2

Er der stillet diagnosen på en psykisk sygdom, som nævnt i § 8.0.1, hører den forsikrede hjemme under de pakkeforløb, der tilbydes af det offentlige, og er derfor ikke længere omfattet af FSP Sundhedssikring.

§ 8.3

Psykolog

§ 8.3.1

Behandlingerne bevilget i Forsikringsselskabets eget psykolognetværk er ubegrænset. Såvel antal behandlinger som tidsmæssigt udstrækning er ubegænset. Bevilges altid i portioner af 5 stk. pr. gang.

§ 8.4

En behandling er sat til 60 minutter. Prisen for en time ligger normalt på 895-950 kr. (2011).

§ 8.5

Det er altid behandleren og ikke den forsikrede, der vurderer, hvor mange behandlinger der er behov for.

§ 8.6

Foretages psykologbehandlingen i Forsikringsselskabets netværk, skal der hver 6. måned afleveres en ny skadeanmeldelse med en udtalelse fra psykologen.

§ 8.7

Ved skift af behandlingsforsikringsselskab er der mulighed for at skifte til Forsikringsselskabets netværk.

§ 8.8

Er den forsikrede omfattet af en overenskomst, som kræver ubegrænset psykologbehandling, kan den forsikrede frit skifte til Forsikringsselskabets netværk.

§ 8.9

Alvorlige hændelser (krisehjælp)

Alvorlige ulykker, dødsfald, vold, trusler, overfald ved røveri, livstruende sygdom, i enkelte af disse tilfælde, hvor krisen er så alvorlig, at den kræver umiddelbar behandling, har Forsikringsselskabet indgået en aftale med Falck Healthcare A/S om psykologisk krisehjælp. Falck Healthcare A/S garanterer, at den forsikrede kontaktes inden for 24 timer.

Telefonnummer uden for normal arbejdstid: 70 10 20 12.

§ 8.10

Trivselsproblemer/krisehjælp (definition)

Psykiske og eksistentielle problemer, depression (mild til middelsvær), angst, stress, mobning, chikane, fyring, skilsmisse, misbrug (alkohol, medicin og ludomani), alvorlig sygdom og forældredødsfald.

§ 8.11

FSP Sundhedssikring dækker udgifter til behandling med medicin. Samtidig kræves det (efter almindelig lægelig vurdering), at det er muligt at kurere forholdet ved at behandle. Behandlingen foretages af psykiater (cand.med.) Behandlingsgarantien på 10 arbejdsdage gælder ikke.

§ 8.12

Er den forsikrede startet med egen psykolog (ikke Forsikringsselskabets eget psykolognetværk), kan der ikke skiftes til Forsikringsselskabets eget psykolognetværk.

§ 8.13

Hvis den forsikrede vælger egen privat psykolog, gælder følgende:

§ 8.14

Behandling hos psykiater og psykolog kan tilsammen ikke overstige 6 måneder. Når det ikke foregår i Forsikringsselskabets eget psykolognetværk.

§ 8.15

Behandling af psykologisk krise skal foretages af psykolog (cand. psyk.).

§ 8.16

Der kan ansøges om yderligere psykologbehandlinger. Ved Forsikringsselskabets godkendelse tildeles disse i portioner af 5 behandlinger. Hvis der er gået mere end 3 måneder, skal der skriftligt foreligge en udtalelse fra psykologen, som begrundet yderligere behandling.

§ 8.17

Psykologbehandling af trivselsproblemer kan maksimalt strække sig over 6 måneder, hvis den forsikrede ikke bruger Forsikrings-selskabets eget psykolognetværk.

§ 8.18

I 5. måned kan der maksimalt tilkendes 3 behandlinger. Den forsikrede har 3 måneder til at bruge disse i, hvis der ikke bruges Forsikrings-selskabets eget psykolognetværk.

§ 8.19

I 6. måned kan der maksimalt tilkendes 2 behandlinger. Den forsikrede har 3 måneder til at bruge disse i.

§ 8.20

Psykologbehandling af børn: Her kan maksimalt tildeles 5 behandlinger (uden for eget netværk).

§ 8.21

Hvis et barn tilmeldes til Forsikrings-selskabets eget psykolognetværk, kan der tilkendes op til 12 behandlinger.

§ 8.22

Psykiater og psykologbehandling hos børn kan samlet maksimalt strække sig over 6 måneder.

§ 8.23

Parterapi dækkes ikke.

§ 8.24

Adfærdsregulerende psykologbehandling dækkes ikke.

§ 8.25

ADHD/DAMP dækkes ikke. Udredning af ADHD/DAMP dækkes ikke.

§ 8.26

Psykologbehandlinger ved stress skal være anbefalet af egen læge.

§ 8.27

OCD dækkes i udredningsfasen. Når det er konstateret, at det er OCD, er der ingen dækning.

§ 8.28

Akut psykologbehandling i udlandet er ikke dækket. Akut psykologbehandling i Danmark efter hjemkomst er dækket.

Transport

§ 9.0 Transport (liggende)

Nødvendiggør forsikredes helbredstilstand ambulancetransport, er denne dækket af FSP Sundhedssikring. Transporten skal godkendes af Forsikrings-selskabet. Liggende transport skal være ordineret af speciallæge.

§ 9.1

Anden transport

Den forsikredes transportudgifter fra bopæl i Danmark til det private behandlingssted i Danmark er dækket af FSP Sundhedssikring.

§ 9.2

Transport fra Grønland, Færøerne og Island til det private behandlingssted i Danmark er dækket af FSP Sundhedssikring, såfremt det er beskrevet som omfattet i tilslutningsaftalen.

§ 9.3

Der dækkes ikke transport til fysioterapi, kiropraktik, alkoholafvænnings, akupunktur, diætist, ergoterapeut, zoneterapeut, massage, psykiater og psykolog.

§ 9.4

Udbetaling af transportudgifter

Den forsikrede kan vælge mellem kilometergodtgørelse efter statens laveste takster (2,00 kr. i 2011) eller efter regning efter valg af billigst mulige transportmiddel i Danmark. De første 25 km af transporten (hver vej) er altid for egen regning (bagatelgrænsen).

§ 9.5

Taxa dækkes ikke.

§ 9.6

For at være berettiget til kørselsgodtgørelse, skal kørslen være foretaget umiddelbart i forbindelse med behandling på dansk privathospital. Behandlingen skal være betalt af FSP Sundhedssikring, ellers gives der ingen transportgodtgørelse. Dette gælder også fra Grønland, Færøerne og Island.

§ 9.7

For at være berettiget til kørselsgodtgørelse skal kørslen tilstræbes foretaget inden for den region (der findes 5 regioner i Danmark, vedtaget i Folketinget i forbindelse med den nye strukturreform), som den forsikrede har bopæl i. Der ydes f.eks. ikke automatisk kørselsgodtgørelse mellem Sjælland og Jylland og Sjælland og Fyn.

§ 9.8

Der kan i begrundede tilfælde dispenseres fra § 9.7. F.eks. hvis den pågældende tidligere er opereret på det pågældende privathospital. Eller hvis ens sygdom begrunder valget af et privathospital i en anden region. Dette skal noteres på den enkelte sag og begrundes.

§ 9.9

Ved transport i egen bil til og fra behandling, skal den forsikrede enten være fører eller passager.

§ 9.10

Transportbilag, fysioterapiregninger, ergoterapiregninger, akupunkturregninger, massageregninger, zoneterapiregninger, psykologregninger og kiropraktorregninger skal være indsendt senest 3 måneder efter, at transporten/behandlingen er foretaget, for at være berettiget til refusion.

§ 9.11

Transportudgifter ved forebyggende helbredsundersøgelser samt udvidede forebyggende helbredsundersøgelser er ikke dækket. FSP Sundhedssikring refunderer ikke transportudgifter.

Hvad dækker behandlingsforsikringen ikke?

§ 10.0 Hvad dækker FSP Sundhedssikring ikke?

§ 10.1

Forsikredes private udgifter – herunder udgifter til hotelophold og ledsager. Forsikredes udgifter til behandling af sygdom under rejser og ophold i udlandet er ikke dækket af FSP Sundhedssikring.

§ 10.2

Generelle og forebyggende helbredsundersøgelser.

§ 10.3

Behandling af human immundefekt virus, hiv-infektion og -inducerede sygdomme, det vil sige behandling af enhver tilstand, som skyldes eller som kan tilskrives hiv-positivitet eller tilsvarende.

§ 10.4

Kronisk dialysebehandling.

§ 10.5

Organtransplantation.

§ 10.6

Behandling af barnløshed.

- § 10.7
Provokeret abort.
- § 10.8
Operation for korrektion af nær- og langsynethed samt bygningsfejl.
- § 10.9
Almindelig synsundersøgelse, som et led i korrektion for nær- og langsynethed samt bygningsfejl. Synsundersøgelse som kontrol efter konstatering af anden kronisk lidelse dækkes heller ikke.
- § 10.10
Kosmetiske behandlinger og operationer, bortset fra rekonstruktion af bryst (hvis brystkræftoperationen er betalt af Forsikrings-selskabet), efter fjernelse af tumor og behandling af direkte følger af et ulykkestilfælde.
- § 10.11
Rekonstruktionen skal foretages i umiddelbar tilslutning til behandling for brystkræft (inden for 14 måneder).
- § 10.12
FSP Sundhedssikring dækker ikke behandling i forbindelse med problemer med isatte brystproteser. Desuden dækker FSP Sundhedssikring ikke utætte brystproteser.
- § 10.13 FSP Sundhedssikring dækker ikke tilpasning af det raske bryst.
- § 10.14
Visse hudsygdomme betragtes som et kosmetisk problem og ikke som sygdom medførende reel svækket sundhedstilstand, som eksempel kan nævnes acne.
- § 10.15
Hængende øjenlåg og åreknuder (uden alvorlige følger, som f.eks. mistet køretilladelse, sygemelding, alvorlig betændelse osv.) betragtes som kosmetisk.
- § 10.16
Afvænnning i forbindelse med misbrug af narkotika.
- § 10.17
Tandbehandling, bortset fra direkte følger af ulykkestilfælde. Herunder dækkes kunstige tænder ikke. Har den forsikrede stifttænder eller tænder, der er behandlet ved tidligere ulykkestilfælde, er der ikke dækning for behandling af disse. Tyggeskader dækkes ikke. Broer dækkes ikke.
- § 10.18
Generel dårlig tandstatus vil medføre nedsat dækning. F.eks. vil parodontose medføre nedsat dækning.
- § 10.19
Alternative behandlingsformer. Herved forstås behandlingsformer, der ikke er godkendt af Sundhedsstyrelsen, og behandling udført af faggrupper, der ikke har opnået Sundhedsstyrelsens autorisation.
- § 10.20
Alternative cancerbehandlingsformer, der ikke er godkendt af Sundhedsstyrelsen, og behandling udført af faggrupper, der ikke har opnået Sundhedsstyrelsens autorisation, er ikke dækket af behandlingsforsikringen.
- Endvidere dækker FSP Sundhedssikring ikke forsikredes udgifter til behandling af sygdomme der:
- § 10.21 Er opstået ved et ulykkestilfælde, som er fremkaldt af forsikrede med vilje eller ved grov uagtsomhed. Dette gælder uanset forsikredes sindstilstand på skadetidspunktet.
- § 10.22
Er opstået som følge af udførelse af professionel sport, når sporten drives som hovederhverv.
- § 10.23
Radio Frekvens Ablation (RFA) dækkes ikke, og DC-konvertering dækkes ikke.
- § 10.24
FSP Sundhedssikring yder ikke tilskud til høreapparater eller andet til afhjælpning af nedsat hørelse. FSP Sundhedssikring dækker ikke indstilling af høreapparater eller problemer med disses indstilling.
- § 10.25
FSP Sundhedssikring dækker ikke hofteresurfacing.
- § 10.26
Overvægt
Operation for overvægt (f.eks. fedmeoperationer) dækkes ikke. Ligeledes dækkes der ikke for fjernelse af overskydende hud i forbindelse med væggtab.
- § 10.27
Ved svær overvægt (BMI over 35) kan der kræves væggtab, inden operation godkendes. Der stilles i disse tilfælde diætist til rådighed.
- § 10.28
Benlængdeforskel (anisomeli) behandles ikke.
- § 10.29
Vækstfaktor og orthokinebehandling dækkes ikke.
- § 10.30
Botox-behandling dækkes ikke.
- § 10.31
Metvix-behandling dækkes ikke.
- § 10.32
Skal den forsikrede have ortopædisk fodtøj eller indlæg, er disse ikke dækket af FSP Sundhedssikring.
- § 10.33
Kroniske sygdomme:
- § 10.34
Kroniske hudsygdomme
Hudlidelser, som af speciallægen betragtes som kroniske, behandles ikke.
- § 10.35
Andre kroniske lidelser
Er den forsikrede blevet behandlet og er der konstateret en kronisk lidelse, dækkes yderligere behandling ikke.
- § 10.36
Søvnapnoea
FSP Sundhedssikring dækker udredning af søvnapnoea, men behandling med CPAP-apparatur dækkes ikke, da lidelsen er kronisk.
- § 10.37
FSP Sundhedssikring dækker ikke operation i form af aflastning af snorken.
- § 10.38
Akutte sygdomme (definition)
Sygdomme der kræver behandling med det samme. F.eks. trafikuheld, overfald, ulykkestilfælde, blodprop i hjernen, blodprop i hjertet osv.
- § 10.39
FSP Sundhedssikring dækker ikke akutte lidelser.
- § 10.40
De danske privathospitaler behandler sygdomme/ lidelser, hvor behandlingen kan planlægges.

§ 10.41

Behandling af livstruende/alvorlig kræft (seksempelvis mave/tarmkræft, leverkræft, bugspytkirtelkræft, lungekræft, kræft i centralnervesystemet) og livstruende/alvorlige hjertesygdomme betragtes som akutte lidelser. Det er den definition, der er vedtaget i Folketinget. På disse lidelser er der behandlingsgaranti i det offentlige på maks. 14 dage. Disse indgreb skal foregå i det offentlige, da disse indgår under de såkaldte pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

§ 10.42

Da det betragtes som akut/alvorlig sygdom, skal det offentlige pakkeforløb anvendes.

§ 10.43

FSP Sundhedssikring vil i den givne situation stå til rådighed med rådgivning samt hjælp i den videre proces, herunder dækning i situationer, hvor der opstår unødigt ventetid, eller intentionerne med pakkeforløbet efter Forsikringselskabets vurdering ikke opnås.

Administration af FSP Sundhedssikring

§ 11.0 Aftale om FSP Sundhedssikring

§ 11.1

Aftale om FSP Sundhedssikring er indgået på grundlag af de skriftlige oplysninger, virksomheden har afgivet i en underskrevet tilslutningsaftale.

§ 12.0 Hvornår træder FSP Sundhedssikring i kraft?

§ 12.1

Straks efter virksomhedens underskrift, medmindre andet fremgår af tilslutningsaftalen. Dette forudsættes af, at FSP Sundhedssikring modtager tilslutningsaftalen i underskreven stand.

§ 12.2

Sker indmeldelse til FSP Sundhedssikring via tilmeldelsesblanket, er FSP Sundhedssikrings ikrafttrædelse førstkomende 1. i måneden efter blankettens modtagelse hos FSP Sundhedssikring.

§ 13.0 Præmiens betaling m.m.

§ 13.1

Første præmie forfalder til betaling ved FSP Sundhedssikrings ikrafttræden og gælder for et år, medmindre anden betalingsperiode er aftalt. Mod tillæg kan månedsvis, kvartalsvis eller halvårlig præmiebetaling aftales (gælder kun firmaaftaler).

§ 13.2

Indbetalinger af præmier kan ske ved indbetalingskort eller på anden nærmere aftalt måde. Vælges indbetalingskort, vil der blive fremsendt et indbetalingskort, når præmien skal betales. Indbetalingskortet (påkravet) sendes til forsikringstagers adresse.

§ 13.3

Påkrav om betaling af den første præmie vil tidligst blive fremsendt 8 dage før forfaldsdagen. Krav om betaling af de efterfølgende præmier vil tidligst blive fremsendt 2 uger før forfaldsdagen. Forsikringstageren betaler udgifterne ved præmiens betaling samt et evt. opkrævningsgebyr.

§ 13.4

Der foretages forholdsmæssig præmierefusion ved fratræden. Denne modregnes i fremtidig præmie.

§ 13.5

Virksomheder med 100 eller flere ansatte har eget risikoregnskab.

§ 13.6

Er den samlede forhøjelse af præmien (inklusive Danmarks Statistiks lønindeks for den private sektor) over 10 %, har den forsikrede ret til at tilsidesætte kontraktmæssigt opsigelsesvarsel. Den forsikrede har ret til inden for 14 dage at vælge anden leverandør. Ønsket om valg

af anden leverandør skal meddeles skriftligt. Er dette ikke meddelt inden 14 dage, betragtes forsikringsforholdet som videreført.

§ 14.0 Manglende betaling, rykkerprocedure

§ 14.1

Rykker 1

Betalingsdato + 14 dage.

§ 14.2

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

§ 14.3

Såfremt dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter gældende regler.

§ 14.4

FSP Sundhedssikring er berettiget til at opkræve et ekspeditionsgebyr ved påmindelser.

§ 15.0 Regler for regulering af præmie og forsikringsydelse

§ 15.1

FSP Sundhedssikring er oprettet med reguleret præmie efter Danmarks Statistiks lønindeks for den private sektor.

§ 15.2

Præmien for FSP Sundhedssikring kan reguleres hvert år til forsikringens hovedforfald.

§ 15.3

Tilslutningsaftalens forsikringsydelse reguleres pr. 1. juli hvert år til forsikringens hovedforfald. Den præmie, der skal betales pr. forsikret, reguleres ligeledes pr. 1. juli hvert år til forsikringens hovedforfald.

§ 15.4

Gruppens sammensætning med hensyn til alder, erhverv og forsikringsdækning danner grundlaget for præmiens beregning i § 15.2.

§ 16.0 Ændring af præmie og forsikringsbetingelser

§ 16.1

FSP Sundhedssikring har ret til at forhøje præmien (ikke pristalsregulering efter Danmarks Statistiks lønindeks for den private sektor) samt til at ændre forsikringsbetingelserne.

§ 16.2

FSP Sundhedssikring kan ændre forsikringsbetingelser og tarif (ikke pristalsregulering) med en månedes skriftlig varsel til hovedforfald.

§ 16.3

Ved skærpelse af betingelser eller ved forhøjelse af tarif kan forsikringstager opsigte forsikringen med 14 dages skriftlig varsel efter modtagelsen af FSP Sundhedssikrings meddelelse.

§ 17.0 Rådighedsforhold

§ 17.1

Da behandlingsforsikringen er en gruppeforsikring, kan den ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning, og vil i tilfælde af udtrædelse af forsikringsforholdet ikke have opnået nogen værdi.

§ 18.0 Behandlingsforsikringens bortfald

Behandlingsforsikringen bortfalder med udgangen af den måned, hvori:

§ 18.1

Forsikredes ansættelse ophører.

§ 18.2

Forsikrede ophører med at have folkeregisteradresse i enten Danmark, Færøerne, Island eller Grønland. Udstationerede medarbejdere er undtaget fra denne regel.

§ 18.3

Forsikrede er optaget på plejehjem, eller varigt anbragt på døgninstitution, psykiatrisk hospital eller anden behandlingsinstitution.

§ 18.4

Forsikrede ikke længere opfylder betingelserne for at være medlem af FSP Sundhedssikring.

§ 18.5

Forsikrede fylder 70 år, medmindre andet er aftalt. Undtaget herfra er ansatte i en virksomhed, som har indgået forsikringsaftale med FSP Sundhedssikring. Fortsætter ansættelsesforholdet efter det 70. år, fortsætter behandlingsforsikringen indtil medarbejderens fratrædelse.

§ 18.6

Gruppeaftalen ophører på grund af opsigelse.

§ 19.0 Særlige betingelser

§ 19.1

Det vil være muligt at fortsætte forsikringsordningen privat, som en fortsættelsesforsikring med tariffering efter gældende individuel tarif.

§ 19.2

Hvis virksomheden glemmer, at oplyse Forsikringssselskabet nye ansatte, er disse dækket af behandlingsforsikringen, fra den dag de er omfattet ifølge gruppeforsikringsaftalen.

§ 19.3

Hvis en foreningsordning eller en virksomhedsordning opnår et belastende risikoregnskab, kan medlemmet eller den ansatte ikke skifte til en anden gruppeordning med lavere præmie. Dette er indført for at beskytte andre foreningsordninger og virksomhedsordninger mod spekulation og dermed senere forhøjet præmie.

§ 19.4

Ved jobskift kan den ansatte/medlemmet altid indgå i den for virksomheden anlagte behandlingsforsikring.

§ 19.5

Er man ansat/medlem af en behandlingsforsikring, kan man ikke skifte til en ægtefælleordning til belastning af den pågældende virksomheds eller foreningsrisikoregnskab.

§ 19.6

Et evt. skift skal altid godkendes af Forsikringssselskabet.

§ 19.7

Ved et godkendt skift kan dette kun ske ved hovedforfald.

§ 20.0 Opsigelsesbestemmelser

§ 20.1

Gruppeaftalen kan opsiges med 3 måneders varsel til et hovedforfald.

§ 20.2

Ægtefælle/samleverbehandlingsforsikringerne er en del af gruppeaftalen med en virksomhed. De har en ofte meget stor rabat i forhold til normale private ordninger. De indgår i virksomhedens risikoregnskab og årlig præmieberegning.

§ 20.3

Ægtefælle/samleverordninger kan opsiges med 3 måneders varsel til et hovedforfald.

§ 20.4

Private behandlingsforsikringer kan opsiges: Løbende måned + 1 måned.

§ 20.5

Der er et gebyr ved opsigelse af private behandlingsforsikringer på 500 kr.

§ 20.6

Opsiges en privat behandlingsforsikring med 3 måneders varsel til et hovedforfald, er der ikke noget gebyr.

§ 21.0 Skat

§ 21.1 Behandlingsforsikringen er omfattet af pensionsbeskatningslovens regler for forsikringer uden fradragsret (skattekode 5).

§ 21.2

Enhver udbetaling eller foretaget udbetaling er efter nuværende skatteregler skattefri.

§ 22.0 Lovvalg

§ 22.1

Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang, denne lovgivning ikke er fraveget ved bestemmelser i forsikringsaftalen. Ændringer i den pågældende lovgivning vil blive gældende.

§ 23.0 Skadeanmeldelse

§ 23.1

Anmeldelse skal ske i forsikringstiden. I forbindelse med forsikringsophør kan skader, opstået og anmeldt i forsikringstiden, dækkes i op til 6 måneder efter behandlingsforsikringens ophør.

§ 23.2

Anmeldelse skal ske skriftligt til FSP Sundhedssikring, c/o Mølholm Forsikring A/S, Finlandgade 1, 5100 Odense C.

§ 23.3

Inden behandling påbegyndes, skal der for at opnå dækning være skriftlig godkendelse af behandlingen fra Forsikringssselskabet.

§ 23.4

Behandling af pludselig opstået dækningsberettiget sygdom, der kræver akut behandling (psykolog, fysioterapi og kiropraktik), kan der efter omstændighederne taget i betragtning påbegyndes behandling uden Forsikringssselskabets godkendelse. Skadeanmeldelse skal være indsendt senest 14 dage efter 1. behandling. Akut behandling hos speciallæge er ikke dækningsberettiget.

§ 24.0 Administration

§ 24.1

Spørgsmål, skadeanmeldelse og øvrige henvendelser kan ske på www.fsp.dk.

FSP Sundhedssikring

c/o Mølholm Forsikring A/S

Finlandgade 1 - 5100 Odense C

Tlf. 65 20 21 20

Fax. 65 20 21 21

§ 24.2

Behandlingsforsikringen er tegnet i Mølholm Forsikring A/S, forsikringsaktieselskab (CVR-nr. 25 12 19 02), Finlandgade 1, 5100 Odense C.

§ 25.0 Klagegang

§ 25.1

Klager kan indbringes for Ankenævnet for Forsikring. Ankenævnet behandler klager fra forbrugere.

§ 25.2

Klager kan indsendes til ankenævnets sekretariat eller Forbrugerrådet.

§ 25.3

Der skal betales et gebyr, som fastsættes af ankenævnet, når klagen er indleveret.

