



DSS-HÄLSA

Försäkringsvillkor Vårdförsäkring

Innehåll

1 Allmänt	3
1.1 Om försäkringen	3
1.2 Definitioner	3
1.3 När gäller försäkringen	4
1.4 Var gäller försäkringen	4
1.5 Överföring från annan grupp eller försäkringsbolag	4
1.6 Förnyelse och förändringar	5
1.7 Hantering av personuppgifter	5
1.8 Det svenska gemensamma skadeanmälningsregistret	6
1.9 Premien	6
1.10 Efterskydd	6
1.11 Fortsättningsförsäkring	7
1.12 Ansvarstid	7
1.13 Överföring och pant	7
2 Vem försäkringen gäller för	8
2.1 Den försäkrade	8
2.2 Medförsäkrad	8
2.3 Krav	8
2.4 Oriktiga och ofullständiga uppgifter	9
3 Så använder du din försäkring	9
3.1 Så anmäler du en skada	9
3.2 Undersökning och behandling måste godkännas på förhand	10
3.3 Befintliga åkommor	10
3.4 Val av behandling och behandlare	10
3.5 Undersökning och behandlingsgarantier	10
3.6 Årligt maximalt försäkringsskydd	11
3.7 Självrisk	11
3.8 Remiss	11
3.9 Preskription	11
3.10 Regressrätt	12
4 Detta ingår i försäkringen	12
4.1 Hälsa BAS	12
4.1.1 Patientavgifter och vårdkostnader	12
4.1.2 VårdNavigator	12
4.1.3 Smärtdiagnoser	13
4.1.4 Läkare	13
4.1.5 Digitala vårdtjänster	14
4.1.6 Uppföljningsundersökningar	14
4.1.7 Medicinsk rehabilitering efter operation/sjukhusvistelse	14

4.1.8 Psykolog/psykoterapeut	14
4.1.10 Samtalsstöd	15
4.1.11 Förlossning.....	15
4.1.12 Cancer Care – Cancervård (tillägsskydd)	15
4.2 Hälsa PLUS	16
4.2.1 Hemhjälp	16
4.2.2 Second/third opinion	16
4.2.3 Tillfälliga hjälpmedel.....	16
4.2.4 Receptbelagda läkemedel.....	16
4.2.5 Resor och logi	17
4.2.6 Fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och osteopat.....	17
4.2.7 Akupunktur/zonterapi	17
4.2.8 Psykolog/psykoterapeut	17
4.2.9 Kristerapi.....	18
4.2.10 Dietist.....	18
4.2.11 Medicinsk rehabilitering efter operation/sjukhusvistelse	19
4.2.12 Kroniska sjukdomar*	19
4.3 Hälsa PREMIUM.....	20
4.3.1 Hälsoundersökning	20
4.3.2 Förebyggande missbrukshjälp	20
4.3.3 Missbruksbehandling	20
5 Tilläggförsäkring för Hälsa BAS och Hälsa PLUS	20
5.1 Missbruksbehandling	21
5.2 Hälsoundersökning	21
6 Detta ingår inte i försäkringen	21
6.1 Medicinska tillstånd och diagnoser.....	21
6.2 Behandlingar och behandlingsformer.....	23
6.3 Generella begränsningar.....	24
6.4 Force majeure.....	25
7 Om du inte är nöjd.....	25
7.1 Klagomål som sänds in till Bolagets Försäkringsnämnd.....	25
7.2 Offentliga klagomålsinstanser	26
7.3 Allmän domstol.....	26
7.4 Oberoende rådgivning	26
Ordlista	26

1 Allmänt

1.1 Om försäkringen

Försäkringsavtalet består av:

1. Gruppavtalet.
2. Försäkringsbesked med relaterade dokument.
3. Dessa försäkringsvillkor.

Om de tre olika delarna av försäkringsavtalet innehåller motsägelser, ska tolkningsföreträde ges i samma ordning som de är listade ovan.

Försäkringsavtalet faller under bestämmelserna i Försäkringsavtalslagen (2005:104) och övrig svensk lagstiftning. Tillsynsmyndighet för den svenska försäkringsmarknaden är Finansinspektionen.

1.2 Definitioner

Denna del innehåller definitioner av vanligt förekommande ord i dessa försäkringsvillkor. Andra ord som är markerade med en asterisk (*) förklaras i *Ordlista*.

1.2.1 Försäkringsgivaren

Försäkringsgivaren är Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, organisationsnummer: CVR.nr. 34 73 93 07. Styrelsen för bolaget har sitt säte i Hørkær 12B, 2730 Herlev, och står under finanstilsynet som ett skadesforsikringsselskab.

Förmedlare, representant och företrädare avseende denna försäkring är DSS Hälsa AB, org.nr. 556751–0424, Vasagatan 10, 111 20 Stockholm, Sverige.

Försäkringsgivaren och dess svenska representanter kallas hädanefter som "Bolaget", "DSS Hälsa" "vi", "oss", "vår" eller "vårt".

1.2.2 Försäkringstagaren

Försäkringstagaren är det bolag eller den person som bolaget har tecknat avtal om försäkring med.

Försäkringstagaren måste antingen ha ett svenskt organisationsnummer eller ett svenskt personnummer. Ett bolag måste bedriva verksamhet i Sverige, om inte annat anges i försäkringsbeskedet eller gruppavtalet.

1.2.3 Den försäkrade

Den försäkrade, kallas även "gruppen", är den person eller den grupp av personer vars hälsoförsäkring gäller för.

1.2.4 Försäkringstiden

Försäkringstiden är den period från att försäkringen träder i kraft till dess att den upphör, oavsett anledning. Om inget annat har avtalats, är försäkringstiden alltid ett år.

1.2.5 Gruppavtalet

Gruppavtalet är ett avtal om gruppförsäkring mellan Bolaget och en företrädare för gruppen som ligger till grund för försäkringen. Detta innebär att varje individuell försäkrades försäkringsskydd är villkorat av, och har sin grund i, gruppavtalet.

1.2.6 Försäkringsbeskedet

Försäkringsbeskedet är det skrivna kontraktet mellan Bolaget samt den försäkrade och bestämmer villkoren för försäkringen. Samtliga särskilda villkor eller begränsningar i försäkringen ska beskrivas i försäkringsbeskedet.

1.2.7 Grupprepresentant

Grupprepresentanten är den som representerar gruppen av försäkrade individer. Grupprepresentanten kan t.ex. vara en försäkringsmäklare, en arbetsgivare eller annan utomstående gruppadministratör.

1.2.8 Obligatorisk gruppförsäkring

En obligatorisk gruppförsäkring tecknas av en arbetsgivare eller en organisation (grupprepresentanten) för dess anställda eller medlemmar varigenom varje medlem i gruppen blir direkt ansluten på grund av gruppavtalet.

1.2.9 Frivillig gruppförsäkring

Den frivilliga försäkringen tecknas genom frivillig ansökan av individer i en öppen grupp som definieras av Bolaget eller genom att dessa individer inte avböjer försäkringen.

1.3 När gäller försäkringen

Försäkringen gäller under försäkringstiden. Försäkringen träder i kraft vid den tidpunkt som avtalats mellan den försäkrade och Bolaget.

1.4 Var gäller försäkringen

Försäkrade och medförsäkrade ersätts för undersökning och behandling i Sverige. Inga kostnader ersätts i samband med återvändande till Sverige, i de fall som de försäkrade har varit stationerade utanför Sverige.

1.5 Överföring från annan grupp eller försäkringsbolag

1.5.1 Frivilligt byte från annan grupp

Om försäkringstagaren, den försäkrade eller grupprepresentanten har flyttat hans/hennes eller gruppens motsvarande försäkring från ett annat försäkringsbolag, kommer ingen ersättning betalas ut för de skador som det tidigare försäkringsbolaget har godkänt, om det inte finns ett speciellt avtal om att överta försäkringsansvaret.

1.5.2 Obligatorisk gruppöverföring

Om en obligatoriskt försäkrad grupp med en motsvarande gällande försäkring hos ett annat försäkringsbolag överförs som en helhet eller en definierad grupp, krävs det att DSS Hälsa godkänner alla försäkrade i den definierade gruppen efter att gruppen är riskbedömd, innan gruppen överförs till försäkringen.

Vid överföring enligt ovan, ersätter försäkringen sådana symtom/besvär som uppstått efter överföring av denna försäkring. Vid besvär som uppstått innan överföring av försäkringen krävs att DSS Hälsa accepterar alla föreskrivna behandlingar i överensstämmelse med Bolagets försäkringsvillkor.

Om försäkringen ursprungligen tecknats med undantag för befintliga åkommor kan den försäkrade tillgodoräkna sig sin försäkringstid (anciennitet) från det tidigare försäkringsbolaget. För att Bolaget ska acceptera denna anciennitet, krävs det att ett dokumenterat och validerat startdatum rapporteras in till Bolaget.

1.5.3 Gruppöverföring inom Bolaget

Försäkrade individer som har en giltig, frivillig eller obligatorisk försäkring med Bolaget vilken tecknats via en mellanhand, partner eller direkt hos Bolaget, och som byter gruppkontraktstillhörighet och tecknar en ny försäkring med Bolaget under en oavbruten försäkringsperiod, får tillgodoräkna sig den tidigare försäkringstiden med Bolaget. Detta gäller även om den försäkrade har haft en individuell försäkring och tecknar en ny försäkring under ett gällande frivilligt eller obligatoriskt grupp-försäkringskontrakt inom Bolaget.

1.6 Förnyelse och förändringar

Premien och villkoren under den nuvarande försäkringstiden kommer att förnyas för den kommande perioden om detta inte ändras av Bolaget. Information om förändringar ges i samband med premiebetalning och förnyelse av den nya försäkringsperioden.

Bolaget har även rätt att ändra villkoren i försäkringsbeskedet under innevarande försäkringsperiod om förutsättningarna för kontraktet ändras genom förändrad lagstiftning eller ändrade förordningar, ändrade tillämpningar av lagar, förordningar eller övriga myndighetsföreskrifter.

1.7 Hantering av personuppgifter

Bolaget respekterar och skyddar den personliga integriteten hos alla kunder, försäkringstagare, försäkrade och alla andra vars personuppgifter Bolaget behandlar. Bolaget samlar inte in mer personlig information än nödvändigt och behandlar endast personuppgifter om Bolaget har rätt att göra det.

Vilka personuppgifter som samlas in och hur Bolaget hanterar dem beror på vilken försäkringsprodukt det avser, vem som är försäkringstagare etc. Det kan inkludera information som någon tillhandahåller oss, för egen del eller för annans del vid försäkringsansökan, under pågående avtalsrelation eller i händelse av försäkringsfall. Bolaget kan också komma att behöva behandla information om någons hälsa, fackligt medlemskap eller privatekonomi i syfte att kunna göra en bedömning av någons berättigande av viss försäkringsprodukt.

Bolaget kan komma att behandla hälsodata med stöd av samtycke vid anmält försäkringsfall då Bolaget hänvisar en försäkrad till viss behandling.

Som en del av hanteringen av försäkring kan Bolaget även komma att överföra personuppgifter till tredje part, med stöd av samtycke.

All information hanteras med sekretess och är skyddad genom både tekniska lösningar och strikta krav på Bolagets samtliga anställda.

För mer information om hur Bolaget behandlar personuppgifter och hur berörda personer kan tillvarata sina rättigheter, vänligen se Bolagets Personuppgiftspolicy [Integritetspolicy](#)

För att få kontakt med Bolagets dataskyddsombud, ber vi er att använda email: info@dss-halsa.se eller telefon: 08 – 40 00 61 22.

1.8 Det svenska gemensamma skadeanmälningsregistret

Bolaget har rätt att rapportera registrerade skador till det svenska, gemensamma skadeanmälningsregistret (GSR).

1.9 Premien

Den första premien måste betalas inom 30 dagar från det att vi har skickat fakturan eller premiebeskedet. Förnyelsepremien måste betalas innan den nya försäkringsperioden träder i kraft men inte tidigare än 30 dagar från det att vi har skickat fakturan eller årsförnyelsen.

Om premien inte betalas i tid, kommer vi att avsluta försäkringen, vilken upphör att gälla 14 dagar efter uppsägningsdagen om inte premien betalas inom denna tid. Uppsägningsdagen är den dag då vi skickar meddelande om uppsägning.

Om premien för en frivillig gruppförsäkring inte kan betalas inom tidsfristen på 14 dagar på grund av att en gruppmedlem har blivit allvarligt sjuk, frihetsberövats, inte mottagit sin lön eller pension från hans huvudsakliga arbetsgivare, eller liknande förhinder, kommer uppsägningen ske tidigast två veckor efter det att hindret upphört dock senast 3 månader efter den ursprungliga 14-dagsperioden.

Om försäkringen har upphört att gälla på grund av utebliven betalning av en förnyelsepremie, kan den återupplivas genom att betala den utestående premien inom 3 månader från det att försäkringen upphörde att gälla. Premien måste betalas för hela försäkringsperioden för vilken betalningen har uteblivit. Försäkringen kommer då att vara gällande igen från den första dagen på försäkringsperioden.

En försäkrad som lämnar gruppen ska omedelbart meddela oss eller grupprepresentanten om detta. Om så inte görs inom rimlig tid kommer vi att återbetala betald premie med som mest 12 månader inom innevarande försäkringsperiod. Bolaget reserverar sig för möjligheten att ersätta administrativa kostnader i samband med återbetalning av premie.

Försäkringen berättigar inte till någon premiefrielse.

1.10 Efterskydd

Om en anställd har omfattats av försäkringen i minst 6 månader, gäller ett förlängt försäkringsskydd med 3 månader efter det att den försäkrade har lämnat gruppen. Om en make/maka, registrerad partner eller

sambo är medförsäkrad och relationen upphör, upphör den medförsäkrades försäkring att gälla 3 månader efter det att giftermålet /partnerskapet / samboendet upphör.

Efterskyddet innebär att skadefall som inträffar under efterskyddstiden och innan den försäkrade uppnår slutåldern i försäkringen regleras enligt de försäkringsvillkor och med de försäkringsbelopp som gällde närmast före efterskyddstiden.

Efterskydd gäller inte:

1. om den försäkrade har mottagit eller kan få samma typ av försäkringsskydd som tidigare på ett annat sätt, t.ex. genom en annan gruppförsäkring eller genom fortsättningsförsäkring,
2. när den försäkrade har nått slutåldern som beskrivs i avtalet för gruppförsäkringen, om den slutliga åldern nås efter anställningsperioden, upphör ersättningen efter anställningen att gälla,
3. om den försäkrade har valt att avsluta försäkringen självmant men fortfarande tillhör försäkringsgruppen.

1.11 Fortsättningsförsäkring

Om den försäkrade har omfattats av försäkringen i minst 6 månader är den försäkrade berättigad till fortsättningsförsäkring om:

1. försäkringen avslutas till följd av att den försäkrades anställning upphör,
2. den försäkrade inte längre tillhör den kategori av personer som ersätts av försäkringskontraktet,
3. försäkringen upphör på grund av uppsägning från vår eller gruppens sida,
4. försäkringen vid obligatorisk försäkring upphör på grund av bristande betalning från arbetsgivarens eller gruppadministratörens sida.

Om den försäkrade har omfattats av försäkringen i minst 6 månader är även den medförsäkrade berättigad till fortsättningsförsäkring om:

1. den försäkrade avlider,
2. giftermål, registrerat partnerskap eller samboskap med den försäkrade upphör,
3. den försäkrade når den slutgiltiga åldern för försäkringen innan den medförsäkrade gör det.

Rätten till fortsättningsförsäkring gäller inte då:

1. den försäkrade inte är boende och folkbokförd i Sverige då försäkringen upphör.
2. om den försäkrade har mottagit eller kan få samma typ av försäkringsskydd som tidigare på ett annat sätt, genom t.ex. en annan gruppförsäkring eller genom fortsättningsförsäkring.

Villkoren för fortsättningsförsäkringen kan skilja sig från villkoren och riktlinjer för gruppförsäkringen.

1.12 Ansvarstid

DSS Hälsas ansvarstid gäller fram till dess att den försäkrade uppnår försäkringens slutålder enligt 2.3 under förutsättning att försäkringen är i kraft. DSS Hälsas ansvarstid upphör dessförinnan om försäkringen upphör (se dock vad gäller efterskydd 1.10 och fortsättningsförsäkring 1.11).

1.13 Överföring och pant

Försäkringskontraktet kan inte överföras eller pantsättas om inte annat är förutsatt i gruppavtalet.

2 Vem försäkringen gäller för

2.1 Den försäkrade

Försäkringen kan omfatta personer eller grupper av personer, som obligatorisk eller frivillig försäkring. Försäkringen gäller för personer som i försäkringsbrevet anges som försäkrad.

2.2 Medförsäkrad

Medförsäkrad är den försäkrades make/maka/registrerad partner/sambo eller barn, som anges i försäkringsbeskedet och/eller gruppavtalet och vilken är skriven på samma adress som den försäkrade.

För att kunna teckna gruppförsäkringen för en medförsäkrad måste att den huvudförsäkrade teckna motsvarande försäkring för egen del.

Make/maka/registrerad partner/ sambo/ barn som inte är skrivna på samma adress som den försäkrade, kan bli medförsäkrad om dennes make/maka/registrerade partner/sambo har tecknat en frivillig försäkring.

2.3 Krav

Den försäkrade respektive medförsäkrade måste:

- vara fullt arbetsför*,
- ha fyllt 16 år,
- inte ha fyllt 69 år, försäkringen gäller till 70 år. Försäkringen kan (om det framgår av gruppavtalet eller försäkringsbeskedet) gälla till 80 år.
- vara bosatt och folkbokförd i Sverige samt vara inskriven och fullt försäkrad av den svenska offentliga sjukvården genom den svenska socialförsäkringen, eller ha sin fasta bosättning i Norge (utom Svalbard och Jan Mayen), Finland och Danmark (utom Grönland och Färöarna) och ha rätt att erhålla tjänster som motsvarar offentliga sjukförsäkringsförmåner via offentlig eller privat ersättning i bosättningslandet. Undantag framgår av försäkringsbeskedet.

Kraven för att teckna försäkring för barn är att föräldern har tecknat motsvarande försäkring för hans/hennes egen del samt att barnet, för att barnet ska kunna försäkras, är:

- fullt friskt*,
- har fyllt 1 år
- inte har fyllt 21 år
- är bosatt och folkbokförd i Sverige samt är medlem och fullt försäkrad av den svenska offentliga sjukvården genom den svenska socialförsäkringen, eller har sin fasta bosättning i Norge (utom Svalbard och Jan Mayen), Finland och Danmark (utom Grönland och Färöarna) och har rätt att erhålla tjänster som motsvarar offentliga sjukförsäkringsförmåner via offentlig eller privat ersättning i bosättningslandet. Undantag framgår av försäkringsbeskedet.

Försäkring för barn gäller som längst till 25.

2.4 Oriktiga och ofullständiga uppgifter

Upplysningsplikt

Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på DSS Hälsas begäran lämna de upplysningar som kan ha betydelse för frågan, om försäkring ska meddelas, ändras eller handläggas i övrigt.

Försäkringstagaren och den försäkrade ska lämna riktiga och fullständiga svar på DSS Hälsas frågor. DSS Hälsa kan komma att kräva och har rätt till återbetalning för eventuell försäkringsersättning som betalats ut felaktigt eller andra kostnader för DSS Hälsa till följd av felaktiga upplysningar. Har försäkringstagaren, den försäkrade eller någon med hans/hennes vetskap lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter som har betydelse för bedömningen av den försäkrades rätt till vård eller ersättning från försäkringen, kan det medföra att försäkringsavtalet är ogiltigt eller att ersättningsbeloppen minskas i enlighet med försäkringsavtalslagens bestämmelser.

3 Så använder du din försäkring

3.1 Så anmäler du en skada

3.1.1 Anmälan

I händelse av skada, kan försäkringstagaren och/eller den försäkrade meddela detta till hälsoteamet per telefon eller via DSS Hälsas hemsida, i enlighet med de regler som gäller skador som ersätts av försäkringen enligt försäkringsbeskedet.

Den som gör anspråk på ersättning bör tillhandahålla DSS Hälsa gällande medicinska handlingar i pågående skada/skador som är av betydelse för att avgöra rätten till ersättning. I vissa fall kan DSS Hälsa kräva remiss från den försäkrade för att säkerställa rätt till ersättning. Kostnaderna för den medicinska dokumentationen och andra dokument ersätts av DSS Hälsa och ska styrkas med giltiga kvitton.

3.1.2 Inhämtning av information

DSS Hälsa har rätten att inhämta information från behandlande läkare, sjukhus, andra sjukvårdsinrättningar, arbetsgivare, grupprepresentant, Försäkringskassan eller annan försäkringsinstitution för att värdera den försäkrades rätt till ersättning och riktigheten i dess försäkring.

3.1.3 Tid för utbetalning av ersättning

Vi betalar ut försäkringsersättning senast 1 månad efter det att rätten till ersättning har påkallats och den sökande har kompletterat med de handlingar som är nödvändiga. Vi betalar ut ränta i enlighet med svensk lag och andra tillämpliga regler.

3.2 Undersökning och behandling måste godkännas på förhand

Försäkringen ersätter undersökningar, behandlingar och ytterligare tjänster som ersätts av försäkringen och som genomförs under försäkringstiden.

Således utgår ingen ersättning för:

- undersökning, behandling och ytterligare tjänster som omfattas av försäkringen och som utfördes före försäkringens ikraftträdande
- undersökning, behandling och ytterligare tjänster som utförts efter försäkringstidens utgång, även om sjukdomen debuterat eller olycksfallsskadan inträffat under försäkringstiden.

Alla anspråk på ersättning måste godkännas på förhand, planeras och bokas genom vårt hälsoteam. Det gäller även om det sker förändringar i behandlingen. Det är därför viktigt att den försäkrade inte påbörjar eller förändrar behandling innan detta godkänts, vilket annars kan leda till utebliven ersättning.

3.3 Befintliga åkommor

Om inget annat framgår av försäkringsavtalet gäller försäkringen inte för någon befintlig åkomma, vilket avser åkomma som har visat symptom, varit journalförd, behandlad eller känd av den försäkrade innan försäkringen började gälla.

En befintlig åkomma kan räknas som en ny försäkringshändelse och kan därmed även ersättas av försäkringen. Detta gäller om den försäkrade under en sammanhängande period av 12 månader innan startdatum har varit helt symptomfri, fri från medicinska behandlingar, aldrig behövt eller mottagit några medicinska råd, aldrig mottagit medicin eller specialdiet relaterat till diagnosen.

Detsamma gäller om försäkrade har varit symptom- och behandlingsfri i mer än 12 månader sammanhängande under försäkringstiden.

3.4 Val av behandling och behandlare

Vi samarbetar med ett nätverk av kvalitetssäkrade privata sjukhus och specialister. Den försäkrade måste använda den vårdgivare som utses av vårt hälsoteam. För vissa typer av behandlingar kan dock den försäkrade välja en specialist som inte ingår i vårt nätverk efter godkännande från vårt hälsoteam.

Det är ett krav att behandlingen är tillgänglig i Sverige inom den offentliga sjukvården eller genom vårt nätverk av privata vårdgivare. Vården ska följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt utföras i enlighet med medicinsk vetenskap, etablerade metoder, beprövad erfarenhet och på ett sätt som följer av lagar och förordningar samt tillsynsmyndighets föreskrifter och allmänna råd.

3.5 Undersökning och behandlingsgarantier

Den försäkrade är garanterad en ersättningsberättigad undersökning och/eller behandling inom 7 arbetsdagar hos specialist inom den privata sjukvården, efter det att vi har godkänt undersökning/behandling.

För ett försäkringstillfälle som innebär operation eller inläggning, garanterar försäkringen den försäkrade rätt till operation inom 20 arbetsdagar för Hälsa BAS och 14 arbetsdagar för Hälsa PLUS och PREMIUM från det att vi godkänt förfrågan.

Om vi behöver mer information, som remiss från läkare eller annan relevant information, kommer arbetsdagarna att räknas efter det att informationen har mottagits och godkänts.

Om vi inte har möjlighet att fullfölja behandlingsgarantin, kommer ett belopp om 1000 kronor per arbetsdag betalas ut till den försäkrade. Kompensationen betalas ut dagen efter garantidagen och fram till dess att den försäkrade mottar den garanterade behandlingen. I samtliga fall är det totala utbetalda maxbeloppet motsvarande en årspremiekostnad för den försäkrade.

Om behandlingen består av flertalet godkända och planerade sjukhusinläggningar, gäller garantin endast för den första konsultationen. Om en undersökning/behandling måste senareläggas på grund av medicinska anledningar eller om den försäkrade inte accepterar den föreslagna tiden, gäller inte behandlingsgarantin. Behandlingsgarantin gäller bara sjukvård som är tillgänglig inom den privata eller offentliga sjukvården i Sverige.

3.6 Årligt maximalt försäkringsskydd

Det maximala försäkringsskyddet och ersättningsgräns per år, försäkrad och skada är för Hälsa BAS 1 miljoner SEK, Hälsa PLUS 2 miljoner SEK och Hälsa PREMIUM 3 miljoner SEK.

3.7 Självrisk

Om försäkringen tecknats med självrisk så framgår detta i försäkringsbeskedet. Självrisk utgår ej om den försäkrade:

- Får behandling inom den offentligfinansierade vården, upp till högkostnadsskyddet. Detsamma gäller e-läkarvård bokad hos allmänmedicinläkare av oss.
- Om den försäkrade vid varje nytt försäkringsfall kan uppvisa remiss som utfärdats av läkare inom offentlig vård behöver den försäkrade inte betala självrisk. Tidigare betald självrisk återbetalas inte om den försäkrade senare under behandlingsperioden får en remiss.

3.8 Remiss

Om försäkringen tecknats med eller utan krav på remiss så framgår detta i försäkringsbeskedet. Om det framgår i försäkringsbeskedet att försäkringen ska gälla med krav på remiss innebär det att försäkringen inte täcker vård eller kostnader innan remiss har utfärdats av läkare inom offentlig vård.

En remiss är giltig i 6 månader från tidpunkten för utfärdandet.

3.9 Preskription

Rätten till ersättning eller till ytterligare ersättning från denna försäkring upphör om den försäkrade inte väcker talan mot Bolaget inom 10 år efter händelsen, som skulle kunna berättiga den försäkrade ersättning eller täckning.

Den försäkrade som skickat in anspråk om ersättning till oss inom den ovan specificerade tidsperioden, har alltid 6 månader på sig att agera mot oss från den dagen vi lämnat slutligt besked i ersättningsfrågan.

3.10 Regressrätt

DSS Hälsa inträder i den försäkrades rätt till skadestånd, eller annan ersättning från annan, i den mån DSS Hälsa lämnat ersättning på grund av försäkringsavtalet.

4 Detta ingår i försäkringen

DSS Hälsas vårdförsäkring är uppdelad i tre olika nivåer:

Hälsa BAS, Hälsa PLUS och Hälsa PREMIUM. Vilken nivå som gäller för en specifik grupp har avtalats i gruppavtalet och framgår av försäkringsbeskedet.

4.1 Hälsa BAS

4.1.1 Patientavgifter och vårdkostnader

Försäkringen ersätter dina patientavgifter som patient för offentlig vård upp till högkostnadsskyddet. Gäller även patientavgifter i samband med akuta besök hos offentligt finansierad vård.

I de fall där vi hänvisar dig till en privat klinik eller ett privatsjukhus för behandling, kommer betalningen att ske direkt mellan oss och den privata vårdgivaren. Vi ersätter inte utgifter som den offentliga vården redan helt eller delvis har ersatt. Vi ersätter inte utgifter som den offentliga vården har erbjudit sig att stå för om inte väntetiden inom den offentliga vården överstiger tre (3) månader.

Godkända anspråk om ersättning begränsas till nödvändiga och rimliga kostnader i regionen där behandlingen är godkänd.

4.1.2 VårdNavigator

Vårt hälsoteam hjälper den försäkrade med medicinsk rådgivning av legitimerade sjuksköterskor via telefon på telefonnummer 08 – 40 00 61 21 eller via Mitt DSS på hemsidan. Vårt hälsoteam har många års erfarenhet från olika specialiseringar och erbjuder professionella råd om alla hälsorelaterade problem, inklusive de som inte kräver behandling eller som inte ersätts av försäkringen.

Genom vårt unika VårdNavigator koncept, erbjuder vi även rådgivning om det offentliga sjukvårdssystemets behandlingsmöjligheter, så som patienträttigheter, överklagandeprocess, vägledning om väntetider, hur man på bästa sätt vänder sig till sin lokala vårdcentral, eller hur man drar nytta av rätten till att kunna välja vart man vill söka vård. Alla undersökningar och offentliga alternativ inom primärvården är inkluderade. Vi hjälper även till att se över medicinska journaler och anteckningar från sjukhus och läkare, samt annan hjälp om så behövs.

I det fall en skada endast kan behandlas inom den offentliga vården eller inte ersätts av försäkringen, erbjuder vi den försäkrade rådgivning och stöd gällande den vård och behandling som sker inom den offentliga sjukvården.

4.1.3 Smärtdiagnoser

Försäkringen ersätter undersökning och behandling av långvarig smärta på smärtklinik eller huvudvärksklinik. Smärtbehandling på grund av cancer ersätts inte av försäkringen. Vi hjälper till med rådgivning vidare i behandlingsprocessen.

4.1.4 Läkare

Försäkringen ersätter nödvändig och skäligen kostnader för ett ersättningsbart skadefall som i förväg har godkänts av oss.

Ersättningen avser undersökning/behandling/åtgärder/operation för besvär/sjukdom/skada som är utförda av oss utsedda läkare.

Endast utredning, behandling och operation som är möjlig att tillgå i privat regi i Sverige omfattas av försäkringen. Ytterligare en förutsättning är att den privata vården i Sverige kan ta emot patienten med hänsyn taget till patientens hälsotillstånd. Vården ska följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt utföras i enlighet med medicinsk vetenskap, etablerade metoder, beprövad erfarenhet och på ett sätt som följer av lagar och förordningar samt tillsynsmyndighets föreskrifter och allmänna råd.

4.1.4.1 Bilddiagnostik och tester

I de fall behandlande läkare eller licensierad terapeut remitterar till bilddiagnostik och tester som är nödvändiga och relevanta för att fastslå en diagnos, är det ett krav att DSS Hälsa godkänner denna remiss. Undersökningen och behandlingen ska primärt utföras av läkare så nära den försäkrades hem i Sverige som möjligt.

I de fall som det utfärdas en remiss av läkare eller legitimerad behandlare i skadeärendet ska alltid remisser/undersökningar/behandlingar i förväg godkännas av DSS Hälsa.

4.1.4.2 Hudåkommor

Försäkringen ersätter behandling av hudåkommor som vi anser påverkar den försäkrades hälsotillstånd enligt gällande försäkringsvillkor. Vi hjälper alltid till med rådgivning, vägledning inom den offentliga sjukvården och hjälper till med att boka tider för alla hudåkommor.

Försäkringen kan ersätta behandling för hudcancer (basalcellscancer) på ovanstående grunder.

4.1.4.3 Allergidiagnoser

Försäkringen ersätter en undersökning för att avgöra allergidiagnos. Beroende på vilka symptom den försäkrade har är det bolagets Hälsoteam som avgör behovet för undersökning.

4.1.4.4 Psykiatriker

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga kostnader för behandling hos en psykiatriker. För att behandlingen ska ersättas krävs det att det finns ett medicinskt behov av att motta behandlingen samt att behandlingen försäkrar en förbättring av hälsotillståndet.

4.1.5 Digitala vårdtjänster

Försäkringen ersätter digitala vårdbehandlingar och/eller rådgivning per telefon eller videomöte med en sjuksköterska, psykolog eller läkare.

4.1.6 Uppföljningsundersökningar

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga undersökningar inom öppenvården, efter operation som ersätts av försäkringen, i upp till 6 månader från datum för operationen. Undersökningen måste vara ordinerad av en relevant läkare och godkänd av oss.

4.1.7 Medicinsk rehabilitering efter operation/sjukhusvistelse

Försäkringen ersätter medicinsk rehabilitering med maximalt 10 behandlingstillfällen per skadefall för nödvändig och rimlig behandling inom öppenvården genomförd av en fysioterapeut, naprapat och/eller kiropraktor i direkt anslutning till ett ersättningsbart försäkringsfall i det muskuloskeletala systemet*. Rehabiliteringen måste vara ordinerad av den behandlande medicinska specialisten.

Gruppträning som instrueras av en fysioterapeut ersätts om den är godkänd av oss och är en del av en ersättningsbar rehabiliteringsplan. Gruppträning ersätts med motsvarande belopp för den försäkrades kostnad för gruppträningen. Kiropraktisk behandling ersätts med motsvarande belopp för den försäkrades kostnad för allmän kiropraktik.

4.1.7.1 Medicinsk rehabilitering inom vårt nätverk av privata vårdgivare

Försäkringen ersätter maximalt 10 behandlingstillfällen per skadefall som, baserat på en professionell och sjukvårdsrelaterad bedömning, anses nödvändiga och rimliga. Den försäkrade kommer att erbjudas konsultation på en kvalitetssäkrad klinik och vi reglerar betalningen för behandlingen direkt med terapeuten.

4.1.7.2 Medicinsk rehabilitering utanför vårt nätverk av privata vårdgivare

Om den försäkrade väljer en fysioterapeut, naprapat eller kiropraktor utan vårdavtal som inte ingår i DSS Hälsas vårdnätverk, ersätts kunden med 600 kr per behandlingstillfälle. Försäkringen ersätter maximalt 10 behandlingstillfällen per skadefall som, baserat på en professionell och sjukvårdsrelaterad bedömning, anses nödvändiga och rimliga.

Behandlingarna godkänns i fördefinierade uppdelningar. Om fler behandlingar behövs måste den försäkrade kontakta vårt hälsoteam som utvärderar och godkänner ytterligare behandlingar.

Vi kan komma att efterfråga en statusrapport eller behandlingsplan från terapeuten. Betalningen av behandlingen måste göras av den försäkrade. När behandlingen är avslutad, ska en kopia på originalkvitton skickas till oss.

4.1.8 Psykolog/psykoterapeut

Försäkringen ersätter maximalt 10 behandlingstillfällen per ersättningsbart skadefall för nödvändig och rimlig behandling av en licensierad psykolog eller psykoterapeut, om vi anser att det är möjligt att nå en signifikant och varaktig förbättring av hälsotillstånd. För att behandlingen ska vara ersättningsbar kan det behövas remiss från en läkare om vi inte bestämmer att en lämplig behandling inom vårt nätverk av

vårdgivare är att föredra. Vi kommer kontinuerligt att utvärdera hur många behandlingar den försäkrade behöver och om behandlingen är lämplig. För att behandlingen ska ersättas är det ett krav att det finns ett medicinskt dokumenterat behov av behandlingen samt att den avser att leda till en förbättring av åkomman.

Om den försäkrade väljer en psykolog/psykoterapeut utan vårdavtal som inte ingår i DSS Hälsas vårdnätverk, ersätts kunden med 900 kr per behandlingstillfälle.

4.1.9 Resor och logi

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga transportkostnader mellan den försäkrades bostad och sjukhus/klinik i samband med vård som omfattas av försäkringen och som planerats och förmedlats av vårt hälsoteam när den totala resan överstiger 200 kilometer, tur och retur.

Ersättningen per kilometer, ersätts med ett schablonbelopp i enlighet med Skatteverkets regler för milersättning.

Försäkringen ersätter kostnader för logi med maximalt 1 500 kr per dygn. Behovet ska godkännas av vårt hälsoteam förväg.

Resor och logi måste godkännas av oss på förhand.

4.1.10 Samtalsstöd

Rådgivning via telefon gällande frågor kring välbefinnande är tillgängligt för den försäkrade genom vårt kvalitetssäkrade nätverk av psykologer, psykoterapeuter och annan hälsopersonal. Behovet av rådgivning kan uppstå genom olika påverkande orsaker så som privata problem med relationer, livsstil, beroende, stress, eller arbetsrelaterade problem så som utbrändhet, uppsägning, mobbning och konflikter. Det kan även uppstå behov av professionell coachning när man är chef.

Vår service är tillgänglig vardagar under kontorstid och alla behandlingar kommer att arrangeras av Hälsoteamet. Vi ersätter maximalt fem samtal á 60 minuter per tillfälle. Antalet behandlingar baseras på rådgivarens professionella bedömning.

4.1.11 Förlossning

Försäkringen ersätter behandling av en psykolog, efter remiss från läkare, för postnatal reaktion, förlossningsdepression och andra problem till följd av förlossning, i de fall där vi anser att behandlingen kan förbättra patientens hälsa permanent.

4.1.12 Cancer Care – Cancervård (Tillägg 1)

Cancervård är ett tilläggsskydd utöver grundskyddet. Du omfattas av tilläggsskyddet Cancervård om det framgår av gruppavtalet eller försäkringsbeskedet. För information om tilläggsskyddet Cancervård, se Tillägg 1: personlig medicin och cancerbehandling, som du hittar på vår webbplats: www.dss-halsa.se

Vid oenighet om val av behandling/behandlingsplan, och om behandlingen kan utföras i hemlandet, är det alltid den behandlande specialisten i hemlandet som avgör vilken behandling som kan erbjudas. Vid

avvikelse mellan den svenska och engelska versionen av Tillägg 1 ska den engelska texten alltid ha företräde. Det engelska tillägget finns på vår webbplats: www.dss-halsa.se.

4.2 Hälsa PLUS

Förutom de moment som beskrivs ovan under Hälsa BAS ingår även nedanstående moment i Hälsa PLUS om inte annat avtalats i gruppavtalet och framgår av försäkringsbeskedet.

4.2.1 Hemhjälp

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga utgifter för tillfällig hemhjälp i direkt anslutning till en operation som ersätts av försäkringen. Den tillfälliga hemhjälpen eller hemsjukvården måste ordinerats av den behandlande medicinska specialisten och godkännas av oss på förhand.

Tillfällig hjälp för städning, handling, hjälp med personlig hygien och på- samt avklädning ersätts maximalt 14 dagar från dagen för utskrivning från sjukhus/klinik, och maximalt 20 timmar totalt inklusive restid.

4.2.2 Second/third opinion

I vissa fall ersätter försäkringen konsultation med en relevant läkare om den försäkrade:

- Har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada.
- Ställs inför valet av att få särskilt riskabel behandling, som kan vara livshotande eller resultera i permanent skada/men.

Om vi anser att den försäkrade är berättigad till ett andra utlåtande (second opinion), kommer en läkare från antingen en offentlig eller privat vårdgivare att kontakta den försäkrade, digitalt eller via en fysisk undersökning. Om den försäkrade ställs inför ett svårt beslut eller om det finns osäkerhet angående en diagnos eller typ av behandling, erbjuder vi rådgivande konsultation med hängivna läkare och sjuksköterskor. Om de två läkarna inte är eniga om en diagnos eller typ av behandling, erbjuder vi ett tredje utlåtande (third opinion) via telefon.

4.2.3 Tillfälliga hjälpmedel

Försäkringen ersätter utgifter för personliga och tillfälliga hjälpmedel som behövs efter ett ingrepp eller en behandling, som godkänts av oss. Hjälpmedlen ska vara nödvändiga och rimliga och måste föreskrivas av behandlande läkare. Tillfälliga hjälpmedel, inklusive hyrda hjälpmedel, ersätts i maximalt 6 månader.

4.2.4 Receptbelagda läkemedel

Försäkringen ersätter vid ersättningsbar skada den försäkrades kostnader för receptbelagda läkemedel upp till nivån för högkostnadsskyddet. DSS hälsa ersätter endast kostnader som kan styrkas med originalkvitton. Receptbelagda läkemedel måste föreskrivas av behandlande läkare och vara nödvändig för den medicinska behandlingen.

4.2.5 Resor och logi

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga transportkostnader mellan den försäkrades bostad och sjukhus/klinik i samband med vård som omfattas av försäkringen och som planerats och förmedlats av vårt hälsoteam när den totala resan överstiger 100 kilometer, tur och retur.

Ersättningen per kilometer, ersätts med ett schablonbelopp i enlighet med Skatteverkets regler för milersättning.

Försäkringen ersätter kostnader för logi med maximalt 1 500 kr per dygn. Behovet ska godkännas av vårt hälsoteam förväg.

Resor och logi måste godkännas av oss på förhand.

4.2.6 Fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och osteopat

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga kostnader för behandling av fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och osteopat. För att behandlingen ska ersättas är det ett krav att det finns ett medicinskt dokumenterat behov av behandlingen samt att den avser att leda till en förbättring av åkomman.

Baserat på den medicinska utvärderingen, kommer vi att hänvisa den försäkrade till relevant behandling. Vi kommer kontinuerligt att utvärdera hur många behandlingar som behövs och om den försäkrade får den korrekta behandlingen.

Om den försäkrade väljer en fysioterapeut, naprapat, kiropraktor eller osteopat utan vårdavtal som inte ingår i DSS Hälsas vårdnätverk, ersätts kunden med 600 kr per behandlingstillfälle.

4.2.7 Akupunktur/zonterapi

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga kostnader för behandling genom akupunktur eller zonterapi. Behandling ersätts med maximalt 10 behandlingar per diagnos/skada. För att behandlingen ska ersättas är det ett krav att det finns ett medicinskt dokumenterat behov av behandlingen samt att den avser att leda till en förbättring av åkomman. För ersättning av akupunktur krävs även att den underliggande åkomman finns på Världshälso-organisationens (WHO) lista över åkommor där akupunktur har haft en positiv effekt.

Baserat på en medicinsk utvärdering kommer vi att hänvisa den försäkrade till relevant behandlingen. Vi kommer kontinuerligt att utvärdera hur många behandlingar som behövs och om den försäkrade får den korrekta behandlingen.

Om den försäkrade väljer akupunktur eller zonterapi hos vårdgivare utan vårdavtal som inte ingår i DSS Hälsas vårdnätverk, ersätts kunden med 600 kr per behandlingstillfälle.

4.2.8 Psykolog/psykoterapeut

Försäkringen ersätter nödvändig och rimlig behandling av en legitimerad psykolog eller psykoterapeut, om vi anser att det är möjligt att nå en signifikant och varaktig förbättring av hälsotillstånd. För att behandlingen ska vara ersättningsbar kan det behövas remiss från en läkare om vi inte bestämmer att en lämplig behandling inom vårt nätverk av vårdgivare är att föredra. Vi kommer kontinuerligt att utvärdera hur många behandlingar den försäkrade behöver och om behandlingen är lämplig. För att behandlingen ska

ersättas är det ett krav att det finns ett medicinskt dokumenterat behov av behandlingen samt att den avser att leda till en förbättring av åkomman.

Om den försäkrade väljer en psykolog/psykoterapeut utan vårdavtal som inte ingår i DSS Hälsas vårdnätverk, ersätts kunden med 900 kr per behandlingstillfälle.

4.2.9 Kristerapi

Försäkringen ersätter kristerapi om vi anser att den försäkrade har upplevt en akut psykologisk kris på grund av något av följande:

1. Om den försäkrade har upplevt en plötslig allvarlig händelse/olycka, där den försäkrade har varit i fara.
2. Om den försäkrade har blivit utsatt för rån, överfall, våld eller kidnappning, eldsvåda, explosion eller inbrott i den försäkrades privata hem eller affärsverksamhet (måste rapporteras till polisen).
3. Om den försäkrade diagnostiseras med en livshotande sjukdom.
4. Dödsfall inom den försäkrades närmaste familj*.
5. Om en medlem av den försäkrades närmaste familj diagnostiseras med en livshotande sjukdom.
6. Om den försäkrade upplever en familjemedlems eller kollegas plötsliga, oväntade död eller plötslig, allvarlig händelse/olycka.

Det är inte ett krav med remiss från en läkare. Vi bedömer om det är kristerapi eller annan behandling som krävs.

Om vi anser att den försäkrade är i behov av kristerapi, kommer vi att hitta en psykolog till den försäkrade i vårt nätverk av vårdgivare. Det efterföljande förloppet/behandlingen kommer att bero på olyckans art och terapeutens professionella bedömning.

Om vi får vetskap om händelsen mer än 48 timmar efter orsaken till krisen, ersätts alltid vanlig psykologbehandling. Debriefing ersätts bara som en del av en godkänd kristerapibehandling.

4.2.10 Dietist

Försäkringen ersätter medicinskt motiverad behandling av en auktoriserad klinisk dietist. Försäkringen ersätter det antal nödvändiga behandlingar som kan anses motiverat av hälsoskäl, upp till maximalt tio behandlingar per sjukdom/skada och maximalt tio behandlingar per kalenderår inklusive 1 kostplan per sjukdom/skada. Behandlingarna fördelas i omgångar och hälsoteamet kommer kontinuerligt att utvärdera hur många behandlingar som är nödvändiga.

Behandlingarna ska, enligt våra utvärderingar, leda till en märkbar och bestående förbättring i tillstånd, och efter en medicinsk utvärdering kan vi vägra att ersätta behandling av ett återkommande syndrom/problem. Vi utvärderar om den försäkrade behöver en läkarremiss.

Om diabetes, förhöjt kolesterol, hjärt-kärlsjukdom, tarmåkommor, urinsyra, glutenintolerans eller PCO/PCOS diagnostiseras under försäkringstiden, kan en behandlingsomgång ersättas under försäkringstiden.

Behandling för undervikt kan ersättas om den försäkrades BMI (Body Mass Index) är lägre än 19, och övervikt om BMI är högre än 30.

4.2.11 Medicinsk rehabilitering efter operation/sjukhusvistelse

Försäkringen ersätter medicinsk rehabilitering för nödvändig och rimlig behandling inom öppenvården genomförd av en fysioterapeut, naprapat och/eller kiropraktor i direkt anslutning till ett ersättningsbart försäkringsfall i det muskuloskeletala systemet*. Rehabiliteringen måste vara ordinerad av den behandlande medicinska specialisten.

Gruppträning som instrueras av en fysioterapeut ersätts om den är godkänd av oss och är en del av en ersättningsbar rehabiliteringsplan. Gruppträning ersätts med motsvarande belopp för den försäkrades kostnad för gruppträningen. Kiropraktisk behandling ersätts med motsvarande belopp för den försäkrades kostnad för allmän kiropraktik.

4.2.11.1 Medicinsk rehabilitering inom vårt nätverk av privata vårdgivare

Försäkringen ersätter det antal behandlingar per sjukdom/skada som, baserat på en professionell och sjukvårdsrelaterad bedömning, anses nödvändiga och rimliga. Den försäkrade kommer att erbjudas konsultation på en kvalitetssäkrad klinik och vi reglerar betalningen för behandlingen direkt med terapeuten.

4.2.11.2 Medicinsk rehabilitering utanför vårt nätverk av privata vårdgivare

Om den försäkrade väljer en fysioterapeut, naprapat eller kiropraktor utan vårdavtal som inte ingår i DSS Hälsas vårdnätverk, ersätts kunden med 600 kr per behandlingstillfälle. Försäkringen ersätter det antal behandlingar per sjukdom/skada som, baserat på en professionell och sjukvårdsrelaterad bedömning, anses nödvändiga och rimliga, i upp till 6 månader per ersättningsbart försäkringsfall från dagen för genomfört ingrepp.

Behandlingarna godkänns i fördefinierade uppdelningar. Om fler behandlingar behövs måste den försäkrade kontakta vårt hälsoteam som utvärderar och godkänner ytterligare behandlingar.

Vi kan komma att efterfråga en statusrapport eller behandlingsplan från terapeuten. Betalningen av behandlingen måste göras av den försäkrade. När behandlingen är avslutad, ska en kopia på originalkvitton skickas till oss.

4.2.12 Kroniska sjukdomar*

Försäkringen ersätter undersökning och behandling av kroniska sjukdomar* och åkommor som uppstår under försäkringstiden under en period av 6 månader från dagen då diagnos fastställs, under förutsättning att vi anser att behandlingen kommer att resultera i en betydande och varaktig förbättring av tillståndet. Kroniska sjukdomar* och åkommor som har uppstått och/eller diagnostiserats innan försäkringstiden, ersätts inte av försäkringen.

Vi erbjuder hjälp med alla kroniska sjukdomar* genom rådgivning, vägledning genom det offentliga sjukvårdssystemets erbjudna behandlingar, patienträttigheter, information om väntetider, undersökning- och behandlingsgarantier samt hjälp med att boka möten inom den offentliga sjukvården.

4.2.12.1 Komplikationer från kroniska sjukdomar*

Undersökning och behandling av komplikationer som uppstår under försäkringsperioden som en direkt konsekvens av kroniska sjukdomar*, ersätts i upp till 6 månader från dagen då diagnos fastställs. För att

ersättning ska ges, krävs att vi anser att behandlingen kommer att bidra till en betydande och varaktig förbättring av tillståndet. Komplikationer som har uppstått innan försäkringen trädde i kraft, ersätts inte.

4.3 Hälsa PREMIUM

Förutom de moment som beskrivs ovan under Hälsa BAS och Hälsa PLUS ingår även nedanstående moment i Hälsa PREMIUM om inte annat avtalats i gruppavtalet och framgår av försäkringsbeskedet

4.3.1 Hälsoundersökning

Försäkringen omfattar en av DSS Hälsa rekommenderad hälsoundersökning. Undersökningen ska i förväg vara godkänd och förmedlad av Hälsoteamet. Undersökningen sker hos den av Hälsoteamets hänvisade leverantör. Försäkringen omfattar högst en hälsoundersökning per år.

4.3.2 Förebyggande missbrukshjälp

Försäkringen omfattar en av DSS Hälsa rekommenderad digital förebyggande anonym missbrukshjälp. Tjänsten ska vara godkänd och förmedlad av Hälsoteamet.

4.3.3 Missbruksbehandling

Försäkringen ersätter en (1) oavbruten period av behandling av antingen alkohol-, drog-, medicin- eller spelberoende till dess att den försäkrade har nått den slutliga åldern för att ha rätten att ingå i gruppavtalet.

Det är ett krav att det finns ett medicinskt dokumenterat behov för att behandlingen ska ersättas av försäkringen. Den försäkrade måste därför kontakta Bolagets sjukvårdsteam och följa de procedurer som Bolaget anser nödvändiga för att kunna bedöma den försäkrades situation. Bedömningen kan göras av specialister inom Bolagets nätverk eller av andra passande leverantörer vilka Bolaget föreslår eller godkänner. Behandlingen ses som ersättningsberättigad då Bolaget har godkänt behandlingsplanen som föreslås av leverantören. Ersättningen innefattar de kostnader som leverantören har haft för att kunna göra en bedömning samt den påföljande behandlingen.

Den försäkrade har rätt att avvisa en (1) föreslagen behandlingsplan oavsett anledning och utan några kostnader eller förlust av rätten till ersättning. Om den försäkrade avvisar ytterligare behandlingsplaner, kommer han eller hon att debiteras eventuella nya bedömningskostnader som kan uppstå i samband med detta. Dessutom kommer avbruten pågående behandling att leda till förlust av rätten till ytterligare ersättning. Maximal ersättning är 100,000 kr och Bolaget kommer informera den försäkrade om behandlingsplanen är i riskzonen att överstiga den maximala gränsen.

5 Tilläggförsäkring för Hälsa BAS och Hälsa PLUS

Tilläggförsäkring omfattar endast obligatoriskt tecknad gruppförsäkring.

5.1 Missbruksbehandling

Försäkringen ersätter en (1) oavbruten period av behandling av antingen alkohol-, drog-, medicin- eller spelberoende till dess att den försäkrade har nått den slutliga åldern för att ha rätten att ingå i gruppavtalet.

Det är ett krav att det finns ett medicinskt dokumenterat behov för att behandlingen ska ersättas av försäkringen. Den försäkrade måste därför kontakta Hälsoteamet och följa de procedurer som Bolaget anser nödvändiga för att kunna bedöma den försäkrades situation. Bedömningen kan göras av specialister inom Bolagets nätverk eller av andra passande leverantörer vilka Bolaget föreslår eller godkänner. Behandlingen ses som ersättningsberättigad då Bolaget har godkänt behandlingsplanen som föreslås av leverantören. Ersättningen innefattar de kostnader som leverantören har haft för att kunna göra en bedömning samt den påföljande behandlingen.

Den försäkrade har rätt att avvisa en (1) föreslagen behandlingsplan oavsett anledning och utan några kostnader eller förlust av rätten till ersättning. Om den försäkrade avvisar ytterligare behandlingsplaner, kommer han eller hon att debiteras eventuella nya bedömningskostnader som kan uppstå i samband med detta. Dessutom kommer avbruten pågående behandling att leda till förlust av rätten till ytterligare ersättning. Maximal ersättning är 100,000 kr och Bolaget kommer informera den försäkrade om behandlingsplanen är i riskzonen att överstiga den maximala gränsen.

5.2 Hälsoundersökning

Försäkringen omfattar en av DSS Hälsa rekommenderad hälsoundersökning. Undersökningen ska i förväg vara godkänd och förmedlad av Hälsoteamet. Undersökningen sker hos den av Hälsoteamets hänvisade leverantör. Försäkringen omfattar högst en hälsoundersökning per år.

6 Detta ingår inte i försäkringen

6.1 Medicinska tillstånd och diagnoser

Försäkringen ersätter inte någon undersökning, behandling eller andra utgifter i förbindelse med följande medicinska tillstånd och diagnoser:

1. Brådskande och akuta situationer som kräver snabb bedömning och vård och inte kan invänta planerad behandling (dvs. trafikolyckor, personliga olyckor, frakturer, blodproppar, hjärnblödning, hjärtsjukdom och andra diagnoser som vi och/eller den offentliga vården definierar som akut och vilken kräver omedelbar behandling, så som livshotande cancer eller ischemisk hjärtsjukdom. Om den försäkrade behöver akutsjukvård, inklusive ambulans, kontakta akutsjukvården, nödtelefonlinjen 112 eller 1177.
2. Kronisk/permanent sjukdom eller tillstånd som har inträffat, varit symtomatisk, diagnostiserats och/eller är känd av den försäkrade innan försäkringen trädde i kraft. Exempel på kroniska sjukdomar* kan vara dessa som nämns nedan, med detta menas inte att de kroniska sjukdomarna begränsas till nämnda diagnoser som finns med i detta stycke. Exempel typ 1 och typ 2 diabetes, metaboliska tillstånd, blodsjukdomar, högt blodtryck (hypertension), ärftligt förhöjt kolesterol, åderförkalkning, alla typer av artrit och degenerativa åkommor (artros), spondylos, skelettsjukdomar, bindvävssjukdomar, hallux valgus, nedsjunket fotvalv, kronisk smärta,

fibromyalgi, Scheuermanns sjukdom, osteoporos, kronisk bronkit, cystisk fibros, migrän, epilepsi, Parkinsons sjukdom, whiplash, multipel skleros, ALS, magsår, reflux besvär, kronisk tarminflammation, kolon irritabile, glaukom, Ménières sjukdom, kolesteatom, endometrios, klimakteriet, vaginal atrofi, hormonella störningar och liknande.

3. Medfödda åkommor och åkommor som kan relateras till födsel/fosterstadiet och dess konsekvenser. Detta inkluderar men är inte begränsat till höftdysplasi, missbildningar, höftförskjutning och skolios. Undersökning och behandling av astma, ojämlikhet i benlängd (anisomelia) och dyspraxi ersätts inte.
4. Analfissur, anala fistlar och pilonidalcysta.
5. Kosmetiska behandlingar och procedurer och deras konsekvenser, inklusive åkommor som anses vara kosmetiska i dessa villkor, så som vissa hudsjukdomar, bröstförstoring och -förminskning, problem associerade med kosmetiska implantat, ansiktslyft, hängande ögonlock (övre och undre) och gynekomasti. Behandlingar med Botox och Xiapex ersätts inte.
6. Obehag, infektioner och andra effekter av implantat, tatueringar, piercings, proteser och liknande. Komplikationer efter behandling/operation genomförd i det privata eller offentliga sjukvårdssystemet. Byte av proteser och implantat som kan genomföras i det offentliga sjukvårdssystemet.
7. Sexuellt överförbara sjukdomar, HIV/AIDS och dess föregångare och följsjukdomar. Alla former av preventivmedel, inklusive sterilisering, insättning och uttagning av spiral samt konsekvenser av dessa procedurer. Undersökning och behandling av sexuell och erektil dysfunktion.
8. Fertilitet, infertilitet, abort och följder därav. Detta innefattar även psykologiska konsekvenser.

För undersökning, kontroll, skanning och liknande i samband med graviditet och förlossning hänvisas patienten till den offentliga vården. Hälso teamet hjälper till med rådgivning i den fortsatta processen.
9. Sjukdomar hos det ofödda barnet, kolik och kolik-liknande åkommor, samt växtvärk och barninkontinens.
10. ADHD och subtyper, Asperger's och störningar på de autistiska spektra, demens, Tourette's syndrom, ätstörningar och dess konsekvenser.
11. Allvarlig mental sjukdom, t.ex. bipolär sjukdom, personlighetsstörning, schizofreni, psykoser, PTSD och diagnostiserad komplicerad sorg. Behandling av diagnostiserad mentalsjukdom som ersätts av det offentliga sjukvårdens behandlingar. Beteendeförändringsbehandling av psykolog, så som problem med temperament, otrohet, kleptomani, tröstätning och missbruk.
12. Alla typer av fobier, så som flygrädsla, höjdrädsla, rädsla för undersökningar och social fobi. Behandling av tvångssyndrom, ångest till följd av tvångssyndrom och följdåkommor. Återkommande fall av paniksyndrom, ångestattacker och generell ångest ersätts inte.
13. Hjärtarytmi, inklusive radiofrekvensablation (RFA), DC-omvandling och hjärtkirurgi.

14. Sömnproblem, sömnstörning så som sömnapné och behandling för snarkning. Behandling på sömnklinik.
15. Symtom efter missbruk av medicin, alkohol, narkotika eller andra rusmedel såvida man inte tecknat tilläggsförsäkring enligt punkt 5.1.
16. Åderbräck (varicer).
17. Trötthetssyndrom och överkänslighet. Dock kan vissa av dessa åkommor ersättas till viss del under 4.1.10.
18. Hudåkommor som anses kroniska ersätts inte. Dessa är t.ex. godartade födelsemärken och fläckar, acne, eksem och alla typer av vårtor samt skador på huden orsakade av solen. Inga återkommande hudsjukdomar eller återfall ersätts t.ex. någon annanstans på kroppen. Hudcancer ersätts inte om sjukdomen återkommer och kräver ny undersökning och/eller behandling.
19. Organtransplantation och följder av organtransplantation.
20. I Hälsa BAS ingår ingen behandling för cancer förutom det som beskrivs i punkt 4.1.12 Cancervård samt 4.1.4.2 Hudåkommor.

6.2 Behandlingar och behandlingsformer

Försäkringen ersätter inte utgifter för följande undersökningar, behandlingar eller behandlingsformer:

1. Om inget annat framgår av försäkringsbrevet så ingår inga förebyggande- och underhållsundersökningar och behandlingar, vaccination hälsoundersökningar, hälsokontroller och andra förebyggande kontroller samt intygsskrivning.
2. Parterapi, föräldra- och familjesamtal, familjeterapi, coachning, självutveckling eller liknande.
3. Alla typer av tandvårdsbehandling, tandkirurgi och oralkirurgi. Tandreglering.
4. Nedsatt syn och hörsel, inklusive vindögdhed/skelögdhed, samsynsproblem, synkorrigering, glaskroppskirurgi (vitrektomi), glasögon, kontaktlinser och/eller syntest, operation för när- och långsynthet samt strukturella defekter, synkorrigering linser i samband med operation för gråstarr, hörselhöjande behandling, hörapparater och hörselprov.
5. Behandling hos allmänläkare eller internmedicinläkare som inte är bokats av bolaget.
6. Undersökning och behandlingar som vi anser komplexa och högspecialiserade samt vilka vi anser kan bäst utföras inom den offentliga hälsovården. Detta kan t.ex. vara organ donation och organtransplantation, komplex rekonstruktion, dialysbehandling, könsförändringsoperation, protonbehandling och stamcellsbehandling.
7. Mohs kirurgi eller liknande typer av behandling.
8. Rekreations- och behandlingsvistelser.

9. Utgifter för tillfälliga hjälpmedel relaterat till öppenvårdsrehabilitering ersätts inte. Utgifter för hjälpmedel som kan fås genom den offentliga vården ersätts inte av försäkringen. Ortopediska skor, CPM-maskin och liknande omfattas inte av försäkringen.
10. Neuropsykologkonsultationer.
11. Kostbehandling för prekonceptionell hälsa och vård, amning, post-natal vikt, sportnäring, matallergi, intolerans och liknande tillstånd samt psykologiska störningar, inklusive stress, depression, ätstörningar samt överätning.
12. Hemhjälp och hemsjukvård i de fall där behovet kan hänföras till ålderdom, demens, senilitet eller liknande.
13. Behandling mot övervikt/fetma* och dess konsekvenser i på annat sätt än nämnt under avsnitt 4.2.10, inklusive men inte begränsat till gastrisk bypass, överflödiga hudkirurgi efter viktminskning, eller psykologisk behandling.
14. Ryggproblematik om den behandlande specialisten inte anser att tillståndet går att bota.

6.3 Generella begränsningar

Försäkringen ersätter inte följande utgifter eller skador:

1. Utgifter för medicinska journaler, certifikat, psykologiska och kognitiva tester, medicinska specialistcertifikat, remisser från läkare, läkares rekommendationer, deltagande i möten med kommuner, skolor eller andra när vi inte skriftligen begär det.
2. Tilläggskostnader på grund av behandlingar utanför normal arbetstid ersätts inte av försäkringen (helg, kväll eller liknande tillägg) och ytterligare tjänster så som laser, massagebehandling eller liknande.
3. Tilläggskostnader för sulor, inlägg, bandage, tejp etc.
4. Skador som inträffar som ett resultat av eller under utövandet av professionell sport* elitsport (sport på mästerskapsnivå, division 2 eller högre), boxning eller annan kampsport med slag/sparkar, tävling eller träning på sportgymnasium, -högskola eller annan utbildning med sportinriktning.
5. Sjukdom/skada som är direkt eller indirekt självförvållad på grund av berusning, effekterna av narkotika, medicin eller annat berusningsmedel. Självförvållade skador som har orsakats avsiktligt eller genom grov vårdslöshet, t.ex. slagsmål, självmordsförsök, deltagande i kriminella handlingar. Skador som orsakas av bristande efterlevnad av rekommendationer från vården.
6. Skada/sjukdom som orsakas av eller försenas av krig, krigsliknande handlingar och tillstånd, inklusive inbördeskrig, oroligheter, uppror, revolution, terrorism, bakteriologiska och kemiska attacker, kärnattacker, kärnenergi, radioaktiva krafter, strålning från radioaktivt avfall och bränsle, epidemier och pandemier eller sjukdomar som faller in under smittskyddslagen (2004:168).
7. Undersökning/behandling som inte är medicinskt motiverad eller inte har någon bevisad effekt eller om skadan, sjukdomen eller besväret inte är medicinskt behandlingsbart. Tillväxtfaktor och

ornitinbehandling, PRF-behandling, hyaluronisk syra (injektioner) och modiska förändringar. Ingen ersättning ges för experimentella och alternativa behandlingar/behandlare så som naturläkare, hypnotisörer och kroppsterapeuter andra än de som nämns under punkt 4.15.

8. Försäkringen ersätter inte utgifter för undersökning och behandling av sjukdom/skada som inträffar på resa eller vid en utomlandsvistelse. Behandling ersätts endast efter det att den försäkrade återvänder till hans/hennes permanenta bostad och baserat på de allmänna villkoren.
9. Försäkringen betalar inte för uteblivet besök eller sen avbokning med en konsultation med en vårdgivare, oavsett om det gäller läkarvård, behandling eller operation. Bolaget förbehåller sig rätten att återkräva kostnader från den försäkrade då dessa situationer uppstår.
10. Resekostnader ersätts inte för läkare inom psykiatri, kristerapi, hospice och palliativ vård. Utgifter för taxi ersätts inte. Resekostnader för sjukvård utomlands ersätts inte.
11. Privata utgifter under sjukhusvistelse eller liknande.
12. Skador som har uppstått i samband med att den försäkrade har genomfört eller deltagit i kriminella handlingar som enligt svensk lag kan resultera i fängelse.
13. Ersättning från andra håll, t.ex. på grund av särskild lag eller konstitution, internationell konvention, andra försäkringar eller kollektivavtal.
14. Behandlingsgarantin gäller inte om den försäkrade inte kan bli opererad på grund av medicinska orsaker, inte deltar i bokad behandling, nekar bokad tid eller går med på att senarelägga tiden för behandlingen.
15. Vi ansvarar inte för resultatet av några undersökningar eller behandlingar, även om en behandling är ineffektiv eller resulterar i fel. I sådana fall bör krav riktas mot den klinik eller sjukhus som har utfört/utför behandlingen.

6.4 Force majeure

Den försäkrade kan inte hävda sina rättigheter i dessa villkor om vi är förhindrade att uppfylla våra skyldigheter på grund av force majeure, så som krig, politiska oroligheter, brottsbekämpning, pandemier, regeringsåtgärder eller industriella åtgärder, eller andra förhindrande åtgärder över vilka vi inte har någon kontroll och inte kunde ha förhindrat om vi handlade med normal omsorg.

7 Om du inte är nöjd

7.1 Klagomål som sänds in till Bolagets Försäkringsnämnd

Om den försäkrade inte är nöjd med vårt beslut kring det inskickade anspråket om ersättning, kan ärendet prövas hos vår Försäkringsnämnd. Klagomålet måste göras inom 6 månader från beslutet.

Ansökan och klagomålsprocessen sker utan kostnad för försäkringstagaren och den försäkrade, och ska skickas till:

Klagomålsansvarig
DSS-Hälsa AB
Vasagatan 10, 111 20 Stockholm
Eller
klagomal@dss-halsa.se

7.2 Offentliga klagomålsinstanser

Beroende på klagomålets natur kan ersättningsfrågor och försäkringstvister prövas av följande allmänna instanser:

Allmänna reklamationsnämnden (ARN)
Box 174, 101 23 STOCKHOLM
Tel: 08-508 860 00
www.arn.se

Personförsäkringsnämnden (PFN)
Box 24067, 104 50 STOCKHOLM
Tel: 08-522 787 20
www.forsakringsnamnder.se

7.3 Allmän domstol

Försäkringstvister kan alltid prövas i allmän domstol. Enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) preskriberas rätten att väcka talan tio år efter det att omständigheterna som skulle kunna berättiga den försäkrade till ersättning eller ersättning, har inträffat.

7.4. Oberoende rådgivning

Om du vill ha oberoende rådgivning i allmänna försäkringsfrågor, kan du kontakta Konsumenternas Försäkringsbyrå:
Konsumenternas Försäkringsbyrå
Box 24215
104 51 STOCKHOLM
Tel: 08-22 58 00
www.konsumenternasforsakringsbyra.se

Ordlista

Fullt arbetsför

Med "fullt arbetsför" menas att den försäkrade:

- kan utföra hans eller hennes normala arbete utan några restriktioner,
- inte får eller har rätt att motta förmåner från den svenska socialförsäkringen (Försäkringskassan) eller någon annan försäkring eller mottar bidrag relaterad till sjukdom eller olycka från annan arbetsgivare, eller
- har inte, på grund av hälsorelaterade skäl, speciellt anpassat arbete, lönesubventioner eller motsvarande från svenska eller utländska socialförsäkringar, arbetsgivare eller försäkringar.

Ersättning från Försäkringskassan avser sjuk- eller rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning, sjukpenning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga.

Fullt frisk

Med fullt frisk menas att barnet är fullt friskt och inte har någon pågående eller planerad undersökning, behandling eller kontroll för konstaterat eller misstänkt hälsobesvär.

Kronisk sjukdom

Kroniska sjukdomar är sjukdomar, åkommor och tillstånd som våra läkare anser är bestående och inte kan botas, samt där det inte finns någon botande behandling.

Närmsta familj

Närmaste familj innebär make/maka, registrerad partner, sambo, egna barn, en make/makas/sambos barn samt adopterade barn.

Muskuloskeletala systemet

Det muskuloskeletala systemet innebär senor, muskler och leder i rygg, axlar, nacke, knän, armbågar, höfter och handleder.

Fetma och övervikt

Fetma och övervikt innebär, i dessa försäkringsvillkor, att den försäkrade har ett BMI över 30.

Professionell sport

Professionell sport innebär utövandet av sport, där den försäkrade får betalning från en sportklubb eller sponsorer på mer än ett gällande prisbasbelopp per år, och där sporten praktiseras som en primär verksamhet.

Kontaktinformation

DSS-Hälsa AB

Vasagatan 10
111 20 Stockholm

www.dss-halsa.se

Organisationsnummer: 556751-0424

Telefonväxel: 08 – 40 00 61 22

E-postadress: info@dss-halsa.se

Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S

Hørkær 12B
2730 Herlev
Danmark

<https://ds-sundhed.dk/>

Organisationsnummer: 34 73 93 07

Telefonväxel: +45 70 20 61 21