

Sundhedssikring

Basis og Plus

Forsikringsbetingelser 6581-5 Oktober 2009

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup
Telefon 44 68 33 11

www.topdanmark.dk

Indholdsfortegnelse

Fortrydelsesret	2
Personoplysninger mv.	2
1 Topdanmark Sundhedssikring Basis og Plus	3
2 Aftalegrundlag	3
3 Definitioner	3
4 Ikrafttræden	4
5 Urigtige oplysninger	4
6 Dækning	4
7 Dækningsberettiget behandling	6
8 Behandlingssteder og transport	8
9 Undtagelser i dækningen	9
10 Anmeldelse og godkendelse	12
11 Udbetaling	12
12 Maksimal udbetaling	13
13 Præmie	13
14 Indeksregulering	13
15 Rådighedsforhold	14
16 Opsigelse og ændring af forsikringsbetingelser og tarif	14
17 Ophør	14
18 Fortsættelse af sundhedssikringen	15
19 Forældelse	15
20 Tavshedspligt	15
21 Lovvalg og tilsyn	16
22 Klageadgang	16

Fortrydelsesret

Oplysning om fortrydelsesret ved etablering (nytegning) af frivillige forsikringsordninger. Eventuelle senere ændringer er ikke omfattet af fortrydelsesretten.

Du kan fortryde din aftale i 30 dage. Vi regner fristen fra den dag, du modtager din dokumentation for forsikringen i form af en forsikringsmeddelelse, der viser dækninger, udløbstidspunkt m.v. Fristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, hvor du har modtaget underretning om, at forsikringen er etableret. Hvis du fx modtager din dokumentation mandag den 1., har du frist til og med onsdag den 31. Hvis fristen udløber på en lørdag, søndag, en helligdag, grundlovsdag, juleaftens eller nytårsaftensdag, så kan du vente med at fortryde til den følgende hverdag.

Du skal give besked til:

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4,
2750 Ballerup

Personoplysninger mv.

Som kunde har du naturligvis mulighed for at se, hvilke personoplysninger vi har om dig. Det vil typisk være oplysninger om navn, adresse, CPR-nummer og om dine forsikringer. Hvis du ønsker at se disse oplysninger, behøver du blot at skrive til:

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

Hvis du ikke ønsker at modtage markedsføringsmateriale fremover, behøver du blot at skrive til samme adresse.

Vi skal informere dig om, at oplysninger om dit kundeforhold registreres centralt i Topdanmark.

1 Topdanmark Sundhedssikring Basis og Plus

Stk. 1. Forsikringsbetingelserne gælder for Topdanmark Sundhedssikring Basis og Topdanmark Sundhedssikring Plus, oprettet i Topdanmark Livsforsikring A/S, i det følgende kaldet Topdanmark.

Stk. 2. Det er et krav for at være omfattet af forsikringen:

- at man har folkeregisteradresse i Norden eller Tyskland, medmindre forsikrede er udstationeret se punkt 3 stk. 3 eller
- at forsikringen er oprettet som led i et ansættelsesforhold og forsikrede arbejder for en arbejdsgiver i Danmark, eller forsikrede er udstationeret af en arbejdsgiver i Danmark, se punkt 3 stk. 3.

h

2 Aftalegrundlag

Stk. 1. Forsikringen er etableret, forhøjet, ændret eller sat i kraft på grundlag af de oplysninger, der er afgivet skriftligt i en begæring eller på anden måde.

Stk. 2. Som dokumentation for aftalen udstedes en forsikringsmeddelelse. Aftalens indhold fremgår heraf sammenholdt med forsikringsbetingelserne, samt eventuelle underliggende skriftlige aftaler.

3 Definitioner

Stk. 1. Forsikringstageren er den, der har indgået aftalen med Topdanmark.

Stk. 2. Forsikrede er den, på hvis helbred forsikringen er etableret.

Stk. 3. Ved Norden forstås i disse forsikringsbetingelser Danmark, Norge, Sverige og Finland. Grønland og Færøerne hører ikke med til hverken Danmark eller Norden.

Ved udstationering forstås, at en arbejdsgiver i Danmark udstationerer medarbejderen, der er ansat hos den pågældende arbejdsgiver, til at udføre arbejde i et andet land, mens ansættelsesforholdet mellem den udstationerende arbejdsgiver og medarbejderen fortsat opretholdes.

Der foreligger ikke udstationering, når en medarbejder i en virksomhed i Danmark bliver ansat midlertidigt i den pågældende virksomheds datterselskab i et andet land. Dette gælder også, selv om medarbejderen ifølge aftale med sin hidtidige arbejdsgiver har krav på at vende tilbage til denne virksomhed, når arbejdet i det udenlandske datterselskab er færdiggjort.

Stk. 4. Kroniske sygdomme har en eller flere af følgende karakteristika: De er varige, efterlader blivende følger, skyldes ikke-reversible patologiske forandringer (blivende sygelige tilstande), de kræver en særlig rehabiliteringsindsats eller må forventes at kræve langvarig overvåg-

ning, observation eller behandling.

Stk. 5 Ved første symptom forstås det tidligste af følgende tidspunkter: forsikredes egne iagttagelser, første lægenotat eller kontakt til en læge.

Stk. 6. Ved ulykkestilfælde forstås pludselig udefrakommende hændelse, der forårsager personskade. Der skal være sammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen lægges blandt andet vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskaden.

4 Ikrafttræden

Stk. 1. Forsikringen træder i kraft den 1. i måneden efter tilmeldingen er underskrevet, medmindre anden ikrafttrædelsesdato er aftalt.

Stk. 2. Ved ændring af dækningen fra en Topdanmark Sundhedssikring Basis til en Topdanmark Sundhedssikring Plus, behandles de nye dækninger som en nyetablering således, at der begynder en ny karenperiode for så vidt angår disse, se punkt 6.

Stk. 3. Hvis forsikrede har ret til dækning hos tidligere leverandør af sundhedssikring, kan forsikrede ikke opnå dækning for samme skade, før den tidligere leverandørs forpligtelse ophører.

5 Urigtige oplysninger

Stk. 1. Er der fortiet oplysninger eller afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens etablering, ændring eller seneste ikraftsættelse, får det de konsekvenser, som følger af reglerne i Forsikringsaftaleloven. Efter de nuværende regler gælder bl.a. følgende:

- a. Har forsikrede svigagtigt givet urigtige oplysninger, er der ingen forsikringsdækning.
- b. Hvis forsikrede hverken vidste eller burde vide, at hans oplysning er urigtig, er der fuld forsikringsdækning.
- c. Har forsikrede givet urigtige oplysninger, der ikke er omfattet af punkt a og b, hæfter Topdanmark kun i et omfang svarende til, at de rigtige oplysninger havde foreligget ved etableringen. Dvs. forsikringsdækningen kan bortfalde.

Stk. 2. Er fortielsen eller den urigtige oplysning givet af forsikringstageren, forsikringstagerens arbejdsgiver eller andre har det samme virkning som hvis oplysningen var givet af forsikrede.

6 Dækning

Stk. 1. Forsikringen dækker forsikredes udgifter til behandling i forsikringstiden af sygdomme og ulykker (forsikringsbegivenheden). For-

sikringstiden starter, når forsikringen træder i kraft og slutter, når forsikringen ophører, uanset årsagen. Punkt 7 - 9 nedenfor specificerer dækningsberettiget behandling samt undtagelser i dækningen.

Stk. 2. Sygdomme og ulykker er ikke dækningsberettigede, hvis:

- de er opstået før forsikringstidens ikrafttrædelsesdato
- første symptom har vist sig før forsikringens ikrafttrædelsesdato
- de er opstået efter forsikringstidens ophørstidspunkt.

Stk. 3. Forsikringen dækker også behandling af sygdomme og ulykkestilfælde, der er opstået før forsikringens ikrafttrædelsesdato, forudsat at de er færdigbehandlede før forsikringstiden, og at forsikrede har været raskmeldt og symptom- og behandlingsfri for sygdommen i mindst 2 år fra forsikringens ikrafttrædelsesdato. Forsikringen dækker aldrig behandling af kronisk sygdom, der er opstået før forsikringens ikrafttrædelsesdato.

Stk. 4. Hvis forsikrede har været omfattet af en tilsvarende forsikring med tilsvarende karens i mindre end 2 år umiddelbart forud for ikrafttrædelsesdatoen på forsikringen i Topdanmark, fratrækkes denne periode i den nye karens. Har forsikrede været omfattet i 2 år eller mere, bortfalder karensperioden således helt.

Stk. 5. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling af sygdomme og ulykker efter forsikringens ophør, se dog punkt 17 stk. 3.

Stk. 6. Al undersøgelse eller behandling efter denne forsikring er betinget af en lægehenvielse. For så vidt angår behandling af misbrug af alkohol, medicin og andre rusmidler, er det dog tilstrækkeligt med en skriftlig lægeerklæring om, at forsikrede har behov for behandlingen. Ved kiropraktorbehandling kan lægehenvielse erstattes af en skriftlig erklæring fra en kiropraktor om, at forsikrede har behov for behandlingen. I øvrigt gælder for enhver undersøgelse, herunder efterkontrol eller behandling, at den skal godkendes af Topdanmark, se punkt 10 stk. 2.

Stk. 7. Det er derudover en forudsætning for dækning, at:

- a. der er tale om sygelige tilstande eller lidelser, der via behandlingen kan forventes kureret eller væsentligt og varigt forbedret, efter en almen dansk lægelig vurdering, eller
- b. der er tale om kronisk sygdom, lidelse eller tilstand opstået efter forsikringens ikrafttræden, hvor behandlingen blot skal være lindrende, se punkt 7 stk. 4 o.

Stk. 8. Behandleren skal være autoriseret efter dansk ret, eller hvis behandleren er etableret i udlandet, skal denne have tilsvarende kvalifikationer. Behandlingen skal være lægeordineret og lægeligt godkendt af Topdanmark for at være dækket. Om alternative behandlingsformer, se punkt 9 stk. 2 q.

Stk. 9. Alle udgifter skal efter Topdanmarks skøn være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat.

7 Dækningsberettiget behandling

Basis og Plus

Stk. 1. Forsikringen dækker de i stk. 2-4 nævnte udgifter i forbindelse med undersøgelse eller behandling, herunder operation og hermed direkte forbundne udgifter på offentlige sygehuse, hvor det offentlige opkræver egenbetaling, og på private hospitaler eller klinikker, forudsat at behandlingen er lægeligt godkendt. Det fremgår af forsikringsmeddelelsen, om forsikringen er en Topdanmark Sundhedssikring Basis eller Plus.

Stk. 2. I tilslutning til lægeordineret behandling dækker forsikringen udgifter til forundersøgelse og efterkontrol.

Stk. 3. Ved indlæggelse er udgifter til egen normal kost, forplejning og pleje fra hospitalet eller klinikken også dækket af forsikringen.

Stk. 4. Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til:

- a. Lægeordineret undersøgelse og behandling under indlæggelse eller i forbindelse med dækningsberettigede ambulante operationer samt diagnostisk udredning, indtil diagnose og behandlingsmuligheder er afklaret, herunder røntgenfotografering og laboratorieundersøgelser, samt kontrol af udført behandling.
- b. Lægeordineret kirurgisk behandling.
- c. Lægeordineret medicin under indlæggelse pga. en dækningsberettiget behandling betalt af Topdanmark, samt lægeordineret medicin i op til 6 måneder i tilslutning til en dækningsberettiget behandling eller operation betalt af Topdanmark. De 6 måneder regnes fra 1. behandlingsdag.
- d. Lægeordineret rekreationsophold i op til 30 dage indenfor 3 måneder efter et kirurgisk indgreb efter nærmere aftale med Topdanmark, dog maksimalt op til 50.000 kr. (2009) i hele forsikringstiden.
- e. Lægeordineret genoptræning i op til 6 måneder, når genoptræning er nødvendig for den iværksatte behandling, forudsat at der følges en genoptræningsplan, og at genoptræningen udføres af fagligt uddannet personale som eksempelvis fysio-ergoterapeut eller talepædagog. Genoptræningen skal finde sted i direkte forlængelse af en dækningsberettiget indlæggelse eller operation.
- f. Anden lægeordineret behandling end medicinsk og kirurgisk behandling under indlæggelse, fx fysiurgisk behandling.
- g. Kosmetisk behandling, når der er tale om rekonstruktion af bryst efter fjernelse af tumor eller behandling af direkte følger af et ulykkestilfælde.
- h. Midlertidige hjælpemidler, herunder kirurgiske hjælpemidler, i forbindelse med operation og behandling i op til 6 måneder efter af-

sluttet behandling, når hjælpemidlerne er lægeordinerede og nødvendige for den iværksatte behandling, med det formål at skabe yderligere forbedring af den påbegyndte behandling eller at hindre forringelse af det resultat, der er opnået af behandlingen. Ved kirurgiske hjælpemidler forstås fx gangstativ eller krykker.

- i. Lægeordineret konsultation hos speciallæger, se dog punkt 9 stk. 2 a.
- j. Lægeordineret konsultation hos psykolog eller psykiater for psykisk sygdom eller lidelse, dog maksimalt 12 behandlinger à 60 minutters varighed pr. kalenderår. For konsultation hos psykolog gælder, at behandlingen maksimalt må koste 1.000 kr. (2009) pr. gang.
- k. Konsultation hos psykolog ved akut psykisk krise indenfor 24 timer efter anmeldelse til Topdanmark. Der gives maksimalt 10 timers behandling pr. forløb ved akut psykisk krise. Topdanmark anviser psykolog.
- l. Lægeordinerede kiropraktor- eller fysioterapeutbehandlinger, dog maksimalt 10 behandlinger og 1 røntgenundersøgelse pr. kalenderår, se dog punkt 6 stk. 7 a.
- m. Lægeordineret alkoholafvænning, hvis dette sker efter lægelig anerkendt behandlingsmetode. Dækning efter denne bestemmelse, inklusiv dækning efter punkt n, er maksimeret til 2 behandlingsforløb i hele forsikringstiden, hvor der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert forløb. Den maksimale udbetaling pr. behandlingsforløb er 70.000 kr. (2009). Når der har været påbegyndt 2 behandlingsforløb, kan der ikke senere udbetales for nogen ny behandling. Der gælder en karenstid på 6 måneder fra den forsikredes indtræden i ordningen til at forsikrede kan få dækket alkoholafvænning. Den 6 måneders karenstid går forud for andre karensaftaler og eventuelle anciennitetsbestemmelser, se punkt 6 stk. 3 og 4.
- n. Lægeordineret behandling for ludomani eller spiseforstyrrelse, (anoreksi, bulimi og overspisning), hvis dette sker efter lægelig anerkendt behandlingsmetode. Dækning efter denne bestemmelse, inklusiv dækning efter punkt m, er maksimeret til 2 behandlingsforløb i hele forsikringstiden, hvor der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert forløb. Den maksimale udbetaling pr. behandlingsforløb er 70.000 kr. (2009). Når der har været påbegyndt 2 behandlingsforløb, kan der ikke senere udbetales for nogen ny behandling.
- o. Lægeordineret behandling af kronisk sygdom, lidelse eller tilstand i op til 3 måneder efter, at den er opstået, når den er opstået efter forsikringens ikrafttrædelse. Behandlingen skal alene være lindrende for at være dækket af forsikringen, men er kun dækket, hvis behandlingen er omfattet af forsikringen. Følgesygdomme efter en kronisk sygdom er dækket i det omfang, de opfylder betingelsen i punkt 6 stk. 7 a.

Plus

For forsikrede, der er omfattet af Topdanmark Sundhedssikring Plus,

dækkes også rimelige og nødvendige udgifter til de under punkt p - u nævnte behandlinger. Det fremgår af forsikringsmeddelelsen om forsikringen er en Topdanmark Sundhedssikring Basis eller Plus.

- p. Behandling for misbrug af medicin eller andre rusmidler, hvis behandling sker efter lægeligt anerkendt behandlingsmetode. Dækning efter denne bestemmelse er, inklusive dækning efter punkt m og n ovenfor, maksimeret til 2 behandlingsforløb i hele forsikringstiden, hvor der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert forløb. Den maksimale udbetaling pr. behandlingsforløb er 70.000 kr. (2009). Når der har været påbegyndt 2 behandlingsforløb, kan der ikke senere udbetales for nogen ny behandling.
- q. Diætistkonsultationer ved BMI (Body Mass Index) på mindst 35 efter vejning hos læge, dog maksimalt 10 konsultationer pr. behandlingsforløb og maksimalt 5 behandlingsforløb i hele forsikringstiden. Der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert behandlingsforløb før at det er dækket af forsikringen.
- r. En uvildig ny vurdering (second opinion) af diagnose ved livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade, eller hvis forsikrede står foran valget om at udsætte sig for en særlig risikofyldt behandling. Topdanmark afgør om forsikrede kan få dækket udgifterne til en ny vurdering.
- s. Lægeordineret midlertidig hjemmehjælp eller hjemmesygepleje til sygepleje, børnepasning, rengøring eller indkøb i maksimalt 15 timer i direkte tidsmæssig tilknytning til en dækningsberettiget indlæggelse eller operation.
- t. Zoneterapi, dog maksimalt 10 lægeordinerede behandlinger pr. kalenderår. Zoneterapeuten skal være Registreret Alternativ behandler (RAB).
- u. Akupunktur, dog maksimalt 10 lægeordinerede behandlinger pr. kalenderår. Behandleren skal være læge eller Registreret Alternativ Behandler (RAB).

8 Behandlingssteder og transport

Stk. 1. Forsikringen dækker indlæggelse på nordiske betalingshospita-
ler, samt behandling hos nordiske speciallæger. Forsikrede skal selv
kontakte det ønskede behandlingssted, se dog stk. 3 og 4.

Stk. 2. Behandling udenfor Norden dækkes ikke, hvis den er dækket af
den offentlige danske sygesikring. Topdanmark kan ikke garantere,
dels at der er plads, dels at den fornødne ekspertise er til stede på pri-
vathospital i Norden. Derfor kan der efter forudgående aftale med
Topdanmark ske indlæggelse på et betalingshospital i Europa, hvis be-
handlingen ikke kan finde sted i Norden, eller ikke kan finde sted inden
for rimelig tid. Aftaler forsikrede med Topdanmark at få behandling
mv. udenfor Norden, må den samlede udgift til behandling mv. skøns-
mæssigt ikke overstige den samlede udgift til lignende behandling mv.
foretaget på betalingshospital eller klinik i Danmark med mere end 30
%. Topdanmark foretager dette skøn.

Stk. 3. Ved anmeldelse af akut psykisk krise til døgnbemandet alarmcentral på telefonnummer 44 74 70 03 garanteres forsikrede kontakt med en psykolog inden for 1 time efter anmeldelsen. Første konsultation finder sted inden for 24 timer herefter.

Stk. 4. For andre behandlinger gælder, at Topdanmark kan anvise et egnet behandlingssted i Danmark, og garanterer at forsikrede samme dag som sygdommen eller lidelsen anerkendes som dækningsberettiget, kontaktes med henblik på behandling. Endvidere tilstræbes, at undersøgelse eller behandling påbegyndes inden 10 arbejdsdage fra skaden er anerkendt som dækningsberettiget, når det er lægeligt hensigtsmæssigt. Topdanmark anviser dog ikke behandlere til psykiske sygdomme samt behandling hos diætist, kiropraktor, fysioterapeut, akupunktør og zoneterapeut, se dog punkt 7 stk. 4 k og 8 stk. 3.

Stk. 5. Betingelser for dækning af forsikredes transportomkostninger i Danmark:

- forsikrede må ikke selv kunne varetage transporten ud fra en lægelig vurdering
- transporten må ikke være dækket for anden side
- skaden, der kræver transport, skal være betalt af Topdanmark
- alle transportomkostninger skal forhåndsgodkendes af Topdanmark

Hvis ovenstående betingelser er opfyldt dækkes følgende transportomkostninger i Danmark:

- til og fra indlæggelse eller operation på privathospital
- til og fra efterbehandling på privathospital
- til og fra genoptræning betalt af Topdanmark
- liggende transport mellem eget hjem og behandlingssted hvis lægeligt nødvendigt

Stk. 6. Ved kørsel i egen bil dækkes efter statens laveste takst for kilometerpenge.

Stk. 7. Transport i resten af verden er ikke dækket.

9 Undtagelser i dækningen

Stk. 1. Har forsikrede etableret en Topdanmark Sundhedssikring Basis, så er dækningerne under Topdanmark Sundhedssikring Plus under punkt 7 under ingen omstændigheder dækket.

Stk. 2. Uanset om forsikrede har valgt Topdanmark Sundhedssikring Basis eller Plus, så dækker forsikringen ikke:

- a. Konsultation eller behandling hos alment praktiserende læge, vagtlæge, skadestue eller speciallæger i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed, når udgiften til konsultationen i Danmark normalt vil være dækket af den offentlige sygesikringsgruppe 1.

- b. Konsultation eller behandling hos privat praktiserende læge, vagtlæge eller skadestue.
- c. Akutbehandling. Ved akutbehandling forstås behandling, der kræver hurtig assistance (fx vagtlæge, skadestue eller lignende) og som af det offentlige defineres som akut og øjeblikkelig behandlingskrævende (fx iskæmisk hjertesygdomme). Akut krisehjælp omfattes dog, se punkt 7 stk. 4 k.
- d. Behandling af enhver tilstand, som skyldes at forsikrede er HIV-positiv eller lider af tilsvarende immundefekt. Dette gælder uanset, hvornår forsikrede er blevet HIV-positiv.
- e. Undersøgelse eller behandling, som udelukkende er af forebyggende karakter.
- f. Behandling eller operation for fedme.
- g. Behandling mod barnløshed.
- h. Følgeskader af graviditet og fødsel samt behandling i forbindelse hermed, herunder spontan abort.
- i. Provokeret abort med mindre fosterundersøgelse giver mistanke om abnormitet.
- j. Behandling af følgesygdomme eller skader, der er opstået som følge af selvforskyldt beruselse, misbrug af alkohol, medicin eller "hårde stoffer" (fx heroin, speed, kokain, ecstasy, LSD), hash, organiske opløsningsmidler, anabole stoffer eller andre rusmidler.
- k. Organtransplantation.
- l. Kronisk dialysebehandling.
- m. Kosmetisk behandling, se dog punkt 7 stk. 4 g.
- n. Tandbehandlinger af enhver art hos tandlæge eller specialtandlæge, herunder kirurgiske indgreb, tandproteser, paradentosebehandling og bideskinner. Dog dækkes lægeordineret tandbehandling af relevant speciallæge, når der er sket en skade på forsikredes tænder på grund af behandling af en dækningsberettiget skade som Topdanmark betaler, se punkt 7. Forsikringen dækker udgifter op til 15.000 kr. i hele forsikringstiden.
- o. Operation for korrektion af nær- og langsynethed samt bygningsfejl.
- p. Synsprøver, briller og kontaktlinser, samt høreprøver og høreapparater.
- q. Alternative behandlingsformer og behandling udført af faggrupper, der ikke har opnået Sundhedsstyrelsens autorisation bortset fra zoneterapi og akupunktur. Alternative behandlingsformer dækkes heller ikke, hvis det udføres af lægefagligt personale fx praktiseren-

de læge, se dog punkt 7, stk. 4 t og u.

- r. Eksperimentelle behandlinger, dvs. behandlinger som ikke er beskrevet i kliniske behandlingsvejledninger og/eller foregår rutinemæssigt på danske sygehuse.
- s. Behandling eller plejeudgifter relateret til kroniske sygdomme, lidelser eller tilstande udover, hvad der følger af punkt 6 stk. 7 a og punkt 7 stk. 4 o.
- t. Omkostninger der debiteres Topdanmark for aftalt besøg mv., hvor den forsikrede er udeblevet.

Stk. 3. Endvidere dækker forsikringen ikke behandling mv. af sygdomme eller ulykkestilfælde, der direkte eller indirekte er:

- a. Fremkaldt af forsikrede med vilje (forsæt) eller ved grov uagtsomhed, herunder opstået som følge af selvmordsforsøg. Dette gælder uanset forsikredes sindstilstand på skadestidspunktet.
- b. Opstået som følge af udøvelse af sport på et professionelt eller halvprofessionelt grundlag. Ved sport på professionelt eller halvprofessionelt grundlag forstås sport, hvor minimum 50 % af forsikredes indtægt (vederlag eller subsidier, der kan sidestilles hermed) stammer fra sport
- c. Opstået som følge af udøvelse af motorvæddeløb, bjergbestigning, rappelling, parasailing eller paragliding, riverrafting, faldskærmsudspring, dykning med dykkerudstyr, kampsport, kendo, boksning, thaiboksning eller anden sport, som i farlighed kan sidestilles hermed.
- d. Opstået ved deltagelse i enhver form for flyvning, fx drageflyvning, kunstflyvning, ultralight flyvning, ballonflyvning og sportsflyvning - bortset fra flyvning som passager i offentlig godkendt lufttrafik.
- e. Opstået som følge af udløsning af atomenergi, radioaktive kræfter eller kemisk udslip af enhver art.
- f. Opstået som følge af rejser eller ophold udenfor Danmark i områder, hvor der officielt fra danske myndigheder er advaret mod sundhedsfare eller epidemiske tilstande.

Stk. 4. Under krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør eller anden fareforøgelse af tilsvarende art, med virkning på dansk område, bortfalder dækningen efter forsikringen. Forsikring og Pension træffer i samråd med myndighederne bestemmelse om, hvorvidt den omtalte tilstand skal anses for indtrådt og i bekræftende fald om det tidspunkt, hvorfra fareforøgelens indtræden og ophør skal regnes.

Stk. 5. Uden for dansk område dækker forsikringen ikke behandling, der er en følge af aktiv deltagelse i krig, oprør eller lignende operation, medmindre forsikrede kan bevise, at behovet for behandling ikke er en følge heraf.

10 Anmeldelse og godkendelse

Stk. 1. Anmeldelse af sygdom eller ulykke skal ske uden ophold til Topdanmark. Anmeldelse skal ske i forsikringstiden, se dog punkt 19.

Stk. 2. Det er en betingelse for dækning, at Topdanmark godkender undersøgelse eller behandling i forsikringstiden inden den påbegyndes.

Stk. 3 **Vigtigt omkring anmeldelse, når forsikringen ophører**

Topdanmark skal have anmeldelsen af krav om dækning eller refusion af udgifter for behandling i forsikringstiden inden 6 måneder efter forsikringens ophør, uanset årsagen. Ved udløb af fristen bortfalder retten til dækning eller refusion af forsikredes udgifter til behandling i forsikringstiden, se punkt 17 stk. 5.

Stk. 4. Den forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, samt give tilladelse til, at Topdanmark indhenter de lægelige oplysninger, som Topdanmark anser for nødvendige for at afgøre betalingspligten. Oplysningerne vedrører både perioden før og efter forsikringens etablering. Giver forsikrede ikke de nødvendige oplysninger og tilladelser, har forsikrede ikke ret til udbetaling.

Stk. 5. Ligeledes skal den forsikrede gennemgå de lægeundersøgelser, som Topdanmark skønner nødvendige for at vurdere retten til udbetaling.

Stk. 6. Topdanmark kan kræve, at der foretages en ny vurdering, hos en af Topdanmark udpeget læge i forhold til behandlingsbehovet med henblik på at fastslå, om behandlingen er rimelig og relevant eller eventuelt kan gennemføres billigere eller bedre hos en bestemt klinik eller betalingshospital. Vurderer Topdanmark, at behandlingen ikke er rimelig eller relevant eller at behandlingen kan gennemføres billigere eller bedre andetsteds, kan Topdanmark vælge at afvise dækning eller dække udgift svarende til dette andet alternativ.

Stk. 7. Det er forsikredes faktiske udgifter, efter fradrag af tilskud fra det offentlige og efter fradrag af tilskud fra Sygeforsikringen "danmark", der er dækket af forsikringen.

Stk. 8. I sygdoms- eller ulykkestilfælde skal forsikrede informere Topdanmark om der er etableret forsikring mod samme risiko i et andet selskab. Har dette selskab taget forbehold for, at dækningen falder bort eller indskrænkes, hvis der er etableret forsikring i et andet selskab, gælder det samme forbehold for denne forsikring. Selskaberne betaler herefter erstatningerne forholdsomt, den samlede udbetaling kan dog aldrig overstige de faktiske udgifter.

11 Udbetaling

Stk. 1. Topdanmark betaler dækningsberettigede udgifter direkte til den pågældende behandlingsinstitution, se dog stk. 2.

Stk. 2. Topdanmark refunderer dækningsberettigede udgifter til fx kirurg, fysioterapeut, diætist og medicin samt transportudgifter

mod fornøden dokumentation. Topdanmark kan ved forsikredes tilgodehavende på under 1.500 kr. (2009) vælge at udbetale beløbet en gang hvert halve år, dog således, at når forsikredes tilgodehavende overstiger 1.500 kr. (2009), så udbetales tilgodehavendet med det samme.

12 Maksimal udbetaling

Stk. 1. Den maksimale udbetaling pr. kalenderår udgør kr. 856.000 (2009) for Basis og kr. 1.712.000 (2009) for Plus, medmindre andet fremgår af forsikringsmeddelelsen. For enkelte dækninger gælder dog særlige grænser, se punkt 7.

Stk. 2. Til behandling af den samme sygdom eller ulykke, eller lidelser, der direkte eller indirekte har sammenhæng hermed, kan der dog i forsikringstiden maksimalt udbetales kr. 2.568.000 (2009).

13 Præmie

Stk. 1. Præmien fastsættes for et år ad gangen på grundlag af skadesforløbet, indeksregulering, dækningssummer mv.

Stk. 2. Præmien forfalder den første dag i hver præmiebetalingsperiode.

Stk. 3. Opkrævning på betaling af præmie sendes til den opgivne betalingsadresse. Hvis betalingsadressen ændres, skal Topdanmark straks underrettes.

Stk. 4. Betales første præmie ikke efter påkrav (opkrævning) ophører forsikringen og dermed Topdanmarks ansvar med virkning fra ikrafttrædelsesdatoen.

Stk. 5. Betales en senere præmie ikke efter påkrav, sender Topdanmark en påmindelse. Påmindelsen indeholder oplysning om, at forsikringen ophører, hvis præmien ikke er blevet betalt indenfor den angivne frist. Topdanmark forbeholder sig ret til at opkræve et gebyr, hvis Topdanmark udsender en sådan påmindelse.

Stk. 6. Har forsikringstageren valgt, at præmien skal betales via BetalingsService eller en lignende betalingsordning, og er præmien ikke betalt på forfaldsdatoen, gælder de ovenstående regler således, at Topdanmark ved første præmie sender en opkrævning efter stk. 4 og ved senere præmier sender en påmindelse efter stk. 5.

14 Indeksregulering

Stk. 1. Forsikringssummer og andre beløb, der er nævnt i forsikringsmeddelelse, dækningsoversigt eller forsikringsmeddelelse, bliver indeksreguleret en gang om året den 1. januar, hvis ikke der umiddelbart efter beløbet står, at det ikke bliver indeksreguleret.

Stk. 2. Præmien bliver indeksreguleret ved den første opkrævning i kalenderåret.

Stk. 3. Indeksreguleringen følger udviklingen i nettoprisindekset fra Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, kan Topdanmark bruge et andet indeks fra Danmarks Statistik.

15 Rådighedsforhold

Stk. 1. Forsikringen kan ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning, og vil i tilfælde af opsigelse eller anden ophør ikke have opnået nogen værdi.

16 Opsigelse og ændring af forsikringsbetingelser og tarif

Stk. 1. Forsikringen gælder for et kalenderår ad gangen og fortsætter for endnu et kalenderår, hvis ikke forsikringstageren eller Topdanmark skriftligt opsig den. Forsikringen ophører dog senest på det tidspunkt, der er angivet i forsikringsmeddelelsen.

Stk. 2. Forsikringstageren kan opsig forsikringen skriftligt. Opsigelsen har virkning fra den 1. i måneden efter opsigelsen er modtaget af Topdanmark.

Stk. 3. Topdanmark kan opsig forsikringen med mindst 1 måneds varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 4. I stedet for at opsig forsikringen kan Topdanmark med mindst 1 måneds skriftlig varsel gøre en fortsættelse af forsikringen betinget af ændrede forsikringsbetingelser eller ændret tarif. I forbindelse med ændring af forsikringsbetingelserne kan Topdanmark blandt andet indføre begrænsninger i forsikringens dækningsomfang.

Stk. 5. Præmiestigninger i forbindelse med hovedforfald på grund af forsikredes alder, gruppens alderssammensætning, regulering af forsikringssummen, skadesforløbet eller udviklingen i ordningen er ikke en ændring af tariffen, og kan derfor ske uden varsel.

17 Ophør

Stk. 1. Forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvori:

- a. forsikrede ophører med at have folkeregisteradresse i Norden eller Tyskland, medmindre forsikrede er udstationeret se punkt 3 stk. 3.
- b. forsikrede er optaget på plejehjem, beskyttet bolig, tidsubegrænset

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

c. forsikrede afgår ved døden.

d. den aftalte udløbsdato opnås.

e. forsikrede fratræder, når sundhedssikringen er oprettet som led i et ansættelsesforhold

Stk. 2. Derudover ophører forsikringen ved manglende præmiebetaling og ved opsigelse, se punkt 13 og 16.

Stk. 3. Behandling, der er anmeldt og godkendt i forsikringstiden, af sygdomme eller ulykker, der er opstået i forsikringstiden, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens ophør.

Stk. 4. Har virksomheden, organisationen eller foreningen opsagt aftalen, dækkes forsikredes udgifter til behandling af sygdomme alene ind til forsikringens ophør uanset punkt 17 stk. 3.

Stk. 5. Krav om dækning eller refusion af udgifter for behandling i forsikringstiden skal fremsættes inden 6 måneder efter forsikringens ophør. Ved udløb af fristen bortfalder retten til dækning eller refusion af udgifter for behandling i forsikringstiden.

18 Fortsættelse af sundhedssikringen

Stk. 1. Er forsikringsaftalen indgået som en gruppeaftale eller som led i et ansættelsesforhold, og bortfalder forsikringen som følge af fratrædelse, kan forsikrede vælge at etablere sundhedssikring i Topdanmark under hensyntagen til de til enhver tid gældende etableringsregler og tilbudte virkemåder for private sundhedssikringer, det vil sige regler om maksimal indtrædelsesalder, dæknings størrelse, beregning af præmie m.v.

Stk. 2. Forsikrede skal senest 3 måneder efter forsikringens ophør kontakte Topdanmark for at udnytte muligheden for at fortsætte forsikringen.

19 Forældelse

Stk. 1. Krav om dækning eller refusion af udgifter for behandling og undersøgelse anmeldt og godkendt i forsikringstiden, forældes 3 år efter forsikrede fik eller burde have fået kendskab til sit krav mod selskabet. Forældelse indtræder dog senest 10 år fra forsikringsbegivenhedens indtræden.

20 Tavshedspligt

Stk. 1. Oplysninger om forsikringsforholdet vil blive behandlet fortroligt. Uvedkommende vil således ikke kunne få adgang til disse oplysninger.

21 Lovvalg og tilsyn

Stk. 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.

Stk. 2. Topdanmark er underlagt tilsyn af Finanstilsynet.

22 Klageadgang

Stk. 1. Er der uoverensstemmelse mellem forsikrede og Topdanmark om forsikringen, og fører fornyet henvendelse til Topdanmark ikke til et tilfredsstillende resultat, kan forsikrede klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København K
Tlf. 33 15 89 00

Stk. 2. Klager til ankenævnet skal indsendes på et særligt klageskema, og der skal betales et mindre gebyr. Gebyret betales tilbage, hvis forsikrede helt eller delvist får medhold i klagen, hvis klagen afvises, eller hvis klageren selv tilbagekalder klagen. Er forsikrede ikke tilfreds med ankenævnskendelsen, kan sagen forelægges for de almindelige domstole.

Der henvises i øvrigt til Ankenævnets hjemmeside
www.ankeforsikring.dk

Ønsker du yderligere oplysninger eller har du spørgsmål til din forsikring, kan du ringe til din pensionsrådgiver eller til Topdanmark på telefon 44 68 33 11. Du kan også læse mere på vores hjemmeside
www.topdanmark.dk

På hjemmesiden www.forsikringsluppen.dk kan du få mere generelle oplysninger om forsikring og forsikringsforhold. Forsikringsoplysningen er forsikringsselskabernes fælles informationstjeneste.
