



Få adgang til den  
bedste behandling,  
hvis du bliver syg



Sundhedssikring  
Forsikringsbetingelser



## Sundhedssikring Forsikringsbetingelser

### § 1. SUNDHEDSSIKRING

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2010 for nærpension Sundhedssikring. nærpension Sundhedssikring etableres i Topdanmark Livsforsikring A/S (herefter kaldet Topdanmark), CVR. nr.: 19625087, Borupvang 4, 2750 Ballerup.

Forsikringen kan etableres for børn under 18 år, såfremt forsikringen etableres af en person der har forældremyndigheden over barnet (herefter kaldet forsikringstager) og som er kunde i et pengeinstitut, der samarbejder med nærpension. Hvis forældremyndigheden overgår til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet, skal dette meddeles til Topdanmark.

Forsikringen kan derudover etableres af personer, der er fyldt 18 men endnu ikke 65 år, og som er kunde i et pengeinstitut, der samarbejder med nærpension.

### § 2. INDTRÆDELSE

Stk. 1. Forsikringsaftalen indgås på grundlag af en skriftlig anmodning.

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

Stk. 3. Ved forsikringstageren forstås den, som indgår aftalen med Topdanmark.

Stk. 4. Ved forsikrede forstås den, på hvis helbred forsikringen tegnes.

Stk. 5. Forsikringstiden udløber den 1. i måneden efter den aftalte udløbsalder. Forsikringstidens udløb fremgår af forsikringsmeddelelsen.

### § 3. DEFINITIONER

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

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

Stk. 3. Ved en gruppeaftale forstås en forsikringsaftale mellem Topdanmark og en virksomhed, en organisation eller en forening (forsikringstager), hvor forsikringen dækker de ansatte, medlemmerne eller andre. Dem, der er dækket under en sådan gruppeaftale benævnes gruppemedlemmer (forsikrede).

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 overvågning, observation eller behandling.

Stk. 5. Ved første symptom forstås det tidligste af følgende tidspunkter: Forsikredes egne iagttagelser, første lægenotat eller kontakt til en læge. For børn gælder herudover, at det kan være barnets egne iagttagelser eller den voksnes iagttagelser. Ved den voksne forstås den med ansvar for barnet.

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 at begæringen er underskrevet, medmindre anden ikrafttrædelsesdato er aftalt.

Stk. 2. 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.

Stk. 3. Forsikringstiden strækker sig fra forsikringens ikrafttrædelsesdato til udløbsdatoen, eller til forsikringens bortfald forinden, jf. § 15.

### § 5. DÆKNING

Stk. 1. Forsikringen dækker forsikredes udgifter til behandling i forsikringstiden af sygdomme og ulykker (forsikringsbegivenheden). Forsikringstiden starter, når forsikringen træder i kraft og slutter, når forsikringen ophører, uanset årsagen. §§ 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 ophørestidspunkt.



## Sundhedsikring Forsikringsbetingelser

Stk. 3. Forsikringen dækker også behandling af sygdomme og ulykkestilfælde, der er opstået før forsikringstiden, 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. Dog dækker forsikringen aldrig behandling af kronisk sygdom, der er opstået før forsikringens ikrafttrædelsesdato, jf. § 7, stk. 2 j.

Stk. 4. Al undersøgelse eller behandling efter denne forsikring er betinget af en lægehenvielse. For så vidt angår behandling af misbrug af alkohol, medicin samt spiseforstyrrelse 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 § 6, stk. 3.

Stk. 5. Det er derudover en forudsætning for dækning, at:

- 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
- der er tale om kronisk sygdom, lidelse eller tilstand opstået efter forsikringens ikrafttræden, hvor behandlingen blot skal være lindrende, se § 7, stk. 2 j.

Stk. 6. Behandlingen skal være autoriseret efter dansk ret, eller hvis behandleren er etableret i udlandet, skal denne have tilsvarende kvalifikationer. Behandlingen skal være lægeordnet eller lægeligt godkendt for at være dækket. Om alternative behandlingsformer se § 9, stk. 1 m.

Stk. 7. Alle rimelige udgifter skal efter Topdanmarks skøn være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat. Topdanmark betaler kun udgifter til lægeerklæring m.v., der er indhentet på Topdanmarks foranledning.

Stk. 8. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling af sygdomme og ulykker efter forsikringens ophør, se dog § 15, stk. 2.

### § 6. ANMELDELSE OG GODKENDELSE

Stk. 1. Anmeldelse af sygdommen skal uden ophold ske til Topdanmark enten på [www.topdanmark.dk/sundhed](http://www.topdanmark.dk/sundhed) eller tlf.: 4474 7003. Anmeldelse skal ske i forsikringstiden, se dog § 17. Se endvidere illustration over behandlingen af anmeldelsen bagerst i disse forsikringsbetingelser.

Stk. 2. Det er en betingelse for dækning, at Topdanmark skriftligt godkender behandlingen, herunder efterkontrol, inden den påbegyndes. Behandlingen af pludselig opstået sygdom, der kræver akut behandling herunder akut krisehjælp, kan dog efter omstændighederne påbegyndes efter Topdanmarks mundtlige godkendelse.

Stk. 3. 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 § 15, stk. 4.

Stk. 4. 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 afvise dækning eller dække udgift svarende til dette andet alternativ.

Stk. 5. Det er forsikredes faktiske udgifter, efter fradrag af tilskud fra det offentlige og/eller tilskud fra Sygeforsikringen Danmark, der dækkes.

Stk. 6. I sygdomstilfælde skal forsikrede straks give Topdanmark besked, hvis der er tegnet forsikring mod samme risiko i et andet selskab. Har dette selskab taget forbehold om, at dækningen falder bort eller indskrænkes, hvis der er tegnet forsikring i et andet selskab, gælder det samme forbehold for denne forsikring. Selskaberne betaler herefter erstatningerne forholdsmæssigt, den samlede udbetaling kan dog aldrig overstige de faktiske udgifter.

### § 7. DÆKNINGSBERETTIGET BEHANDLING

Stk. 1. Forsikringen dækker kun de i stk. 2 nævnte udgifter i forbindelse med behandling af sygdom, herunder undersøgelse, operation og hermed direkte forbundne udgifter på offentlige danske sygehuse, hvor det offentlige opkræver egenbetaling, og på private hospitaler/klinikker i Europa, forudsat at behandlingen er lægelig godkendt.

Stk. 2. Topdanmark Sundhedsikring dækker rimelige og nødvendige udgifter til:



## Sundhedssikring Forsikringsbetingelser

---

- a. Undersøgelse, behandling under indlæggelse, i forbindelse med dækningsberettigede ambulante operationer samt diagnostisk udredning, indtil diagnose og behandlingsmuligheder er afklaret.
- b. Nødvendige udgifter til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor i indtil 6 måneder efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Ved kiropraktorbehandling skal der alene foreligge skriftlig erklæring fra en kiropraktor om behovet for behandling. Kiropraktoren skal have autorisation efter dansk ret, eller hvis kiropraktoren er etableret i udlandet, skal denne have tilsvarende kvalifikationer.
- c. Midlertidige hjælpemidler, herunder kirurgiske i forbindelse med operation i op til 6 måneder efter afsluttet behandling, når hjælpemidlerne er lægeordnede 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.
- d. Konsultation hos psykolog ved akut psykisk krise inden for 24 timer efter anmeldelse til Topdanmark. Topdanmark anviser psykolog.
- e. Lægeordineret konsultation hos psykolog eller psykiater for psykisk sygdom eller lidelse. For konsultation hos psykolog gælder, at behandlingen maksimalt må koste 1.100 kr. (2017) pr. gang.
- f. Behandling af alkoholmisbrug, medicinmisbrug eller spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi og overspisning) hvis dette sker efter en lægelig anerkendt behandlingsmetode. Dækning efter denne bestemmelse er maksimeret til 2 behandlingsforløb i hele forsikringstiden, hvor der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert forløb. Den maksimale udbetaling pr. behandlingsforløb er 79.000 kr. (2017). Når der har været påbegyndt 2 behandlingsforløb, kan der ikke senere udbetales for nogen ny behandling.
- g. Nødvendig ambulant efterbehandling efter en dækningsberettiget undersøgelse, indlæggelse eller operation.
- h. Uvildig ny vurdering (second opinion) af diagnose stillet i det offentlige sundhedsvæsen.
- i. Lægeordineret medicin under indlæggelse pga. en dækningsberettiget behandling betalt af Topdanmark, samt lægeordineret medicin i op til 6 måneder i tilslutning til en dækningsberettiget indlæggelse eller operation betalt af Topdanmark. De 6 måneder regnes fra 1. behandlingsdag.
- j. Behandling af kroniske sygdomme opstået efter forsikringens ikrafttrædelsesdato og deres følgetilstande i indtil tre måneder fra diagnosen er stillet. Gælder dog ikke for kronisk dialysebehandling, jf. § 9, stk. 1 i.
- k. Midlertidig hjemmehjælp/hjemmesygepleje i indtil 30 dage efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation.
- l. Maksimum i alt 12 behandlinger pr. kalenderår hos kiropraktor/fysioterapeut og en røntgenundersøgelse pr. kalenderår. Kiropraktoren skal have autorisation efter dansk ret, eller hvis kiropraktoren er etableret i udlandet have tilsvarende kvalifikationer. Se dog § 5, stk. 5 a.
- m. Lægeordineret rekreationsophold i op til 30 dage indenfor 3 måneder efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation, efter nærmere aftale med Topdanmark, dog maksimalt op til samlet 56.000 kr. (2017) i hele forsikringstiden.
- n. Anden behandling end medicinsk og kirurgisk behandling under indlæggelse f.eks. fysiurgisk behandling.
- o. 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, for at det er dækket af forsikringen.

### § 8. BEHANDLINGSSTEDER OG TRANSPORT

Stk. 1. Forsikringen dækker indlæggelse og ambulante operationer på europæiske betalingshospitaller.

Stk. 2. Via døgnbemandet alarmcentral kan Topdanmark anviser et egnet behandlingssted i Europa. Samme dag som lidelsen anerkendes som dækningsberettiget, garanteres det, at forsikrede kontaktes med henblik på behandling. Endvidere tilstræbes at undersøgelse eller behandling påbegyndes inden ti hverdage.

Stk. 3. Drejer det sig om akut psykologisk krisehjælp, bliver forsikrede, senest to timer efter henvendelse til Topdanmark, kontaktet af en autoriseret psykolog. Forsikrede er berettiget til at få den første personlige konsultation senest 24 timer efter den telefoniske henvendelse til Topdanmark, eller efter hjemkomsten til Danmark.



## Sundhedssikring Forsikringsbetingelser

---

Stk. 4. 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,
- transport af børn dækkes efter særlig aftale med Topdanmark.

Stk. 5. Transport i Europa er efter samme kriterier som i § 8.

Stk. 6, kun dækket såfremt tilsvarende behandling ikke kan tilbydes eller ikke kan tilbydes indenfor rimelig tid i Danmark.

Transportudgifter for børn dækkes efter særlig aftale med Topdanmark.

Stk. 7. Ved kørsel i egen bil dækkes efter statens laveste takst for kilometerpenge.

Stk. 8. For forsikrede der bor i Grønland eller på Færøerne dækkes hverken transport eller ledsagerudgifter.

### § 9. UNDTAGEN RISIKO

Stk. 1. Forsikringen dækker ikke udgifter af enhver art i forbindelse med undersøgelse-/behandling der ikke er nævnt i § 7, eksempelvis udgifter til:

- 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 sygesikrings sikringsgruppe 1.

- b. Konsultation eller behandling hos privatpraktiserende 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 behandling krævende (fx iskæmisk hjertesygdomme). Akut krisehjælp omfattes dog, se § 7, stk. 2 d.
- d. Human immundefekt virus (HIV-infektion og HIV-inducerede sygdomme).
- e. Graviditet og fødsel.
- f. Sterilitet og barnløshed.
- g. Sygdomme, der er opstået som følge af selvforskyldt beruselse eller under påvirkning af narkotika eller under dertil svarende påvirkning.
- h. Organtransplantation.
- i. Kronisk dialysebehandling.
- j. Kroniske lidelser mere end tre måneder efter diagnosen er stillet, jf. § 7, stk. 2 j.
- k. 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 § 5. Forsikringen dækker udgifter op til 17.000 kr. (2017) i hele forsikringstiden.
- l. Kosmetisk behandling, der ikke foretages som direkte følge af et dækningsberettiget sygdoms- eller ulykkestilfælde opstået i forsikringstiden. Kosmetisk behandling er dog dækket, hvis der er tale om rekonstruktion af bryst efter fjernelse af tumor og behandling af direkte følger af et ulykkestilfælde.
- m. Alternative behandlingsformer og behandling udført af faggrupper, der ikke har opnået Sundhedsstyrelsens autorisation. Alternative behandlingsformer dækkes heller ikke, hvis det udføres af lægefagligt personale fx praktiserende læge.



## Sundhedssikring Forsikringsbetingelser

- n. Private udgifter under indlæggelser.
  - o. Behandling for ludomani.
  - p. Behandling eller operation for fedme, se dog § 7, stk. 2 o, om diætistbehandling.
  - q. Eksperimentelle behandlinger, dvs. behandlinger som ikke er beskrevet i kliniske behandlingsvejledninger og/eller foregår rutinemæssigt på danske sygehuse.
- Stk. 2. Endvidere dækker forsikringen ikke ved sygdomme/ulykkestilfælde, der:
- a. Er fremkaldt af forsikrede med forsæt eller ved grov uagtsomhed, herunder opstået som følge af selvmordsforsøg. Dette gælder uanset forsikredes sindstilstand på skadestidspunktet.
  - b. Er opstået ved udløsning af atomenergi, radioaktive kræfter, kemisk udslip af enhver art, krig eller krigslignende tilstand, herunder oprør eller borgerkrig.
  - c. 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.
  - d. Opstået som følge af udøvelse af motorvæddeløb, bjergbestigning, rappelling, parasalling eller paraglidning, riverrafting, faldskærmsudspring, dykning med dykkerudstyr, kampsport, kendo, boksning, thaiboksning eller anden sport, som i farlighed kan sidestilles hermed.
  - e. 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.
  - 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. 3. Under krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør eller anden fareforøgelse af tilsvarende art, med virkning på dansk område bortfalder dækninger efter forsikringen. Økonomiministerens træffer efter indstilling fra Finanstilsynet bestemmelse om, hvorvidt den omtalte tilstand skal anses for indtrådt og i bekræftende fald om det tidspunkt, hvorfra fareforøgelens indtræden og ophør skal regnes.

Skader, der skyldes rejse til og ophold i områder udenfor Danmark, hvor der består krig eller krigslignende tilstand, herunder borgerkrig eller hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare, er ikke dækket.

### § 10. UDBETALING

Stk.1. Topdanmark betaler dækningsberettigede udgifter til den pågældende behandlingsinstitution, eller refunderer dækningsberettigede udgifter mod fornøden dokumentation. Topdanmark kan ved forsikredes tilgodehavende på under 1.700 kr. (2017) vælge at udbetale beløbet en gang hvert halve år, dog således at når tilgodehavendet overstiger 1.700 kr. (2017), så udbetales tilgodehavender med det samme.

Stk. 2. Den forsikrede er forpligtet til selv at give de oplysninger, samt give tilladelse til at Topdanmark indhenter de lægelige oplysninger, som Topdanmark anser for nødvendige for at afgøre betalingspligten. Giver forsikrede ikke de nødvendige oplysninger og tilladelser, har forsikrede ikke ret til udbetaling.

### § 11. MAKSIMAL ERSTATNING

Stk. 1. Den maksimale erstatning pr. kalenderår udgør 1.928.000 kr. (2017).

Stk. 2. Til behandling af den samme sygdomslidelse eller lidelser, der direkte eller indirekte har sammenhæng hermed, kan der i alt i hele forsikringstiden maksimalt udbetales 2.892.000 kr. (2017), svarende til tre gange 964.000 kr. (2017) i tre forskellige kalenderår. Samme begrænsning gælder behandling af følgerne af den samme ulykke.

### § 12. PRÆMIE

Stk. 1. Præmien fastsættes for et år ad gangen på grundlag af skadesforløbet, indeksregulering og eventuel anvendelse af indestående fra præmiereguleringskontoen.

Betales en præmie ikke, ophører forsikringsdækningen den sidste dag i forfaldsmåned, såfremt præmien ikke senere bliver betalt rettidigt i henhold til forsikringsaftalelovens regler om rykkerprocedure.

### § 13. REGULERING

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

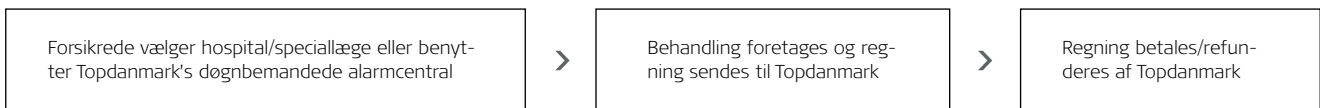


## Sundhedssikring Forsikringsbetingelser

### HVORDAN FORLØBER BEHANDLINGEN AF MIN ANMELDELSE?



Yderligere oplysninger indhentes (fx hvis forsikringen har løbet mindre end 2 år og forsikrede tidligere har haft symptomer af samme art) og/eller dækningen bekræftes eller dækning afslås



### TILSKUD FRA »DANMARK« TILKOMMER TOPDANMARK

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.

#### § 14. RÅDIGHEDSFORHOLD

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

#### § 15. OPHØR

Stk. 1. Forsikringen bortfalder med udgangen af den måned hvori:

- Forsikrede ophører med at have folkeregisteradresse i Danmark.
- Forsikrede er optaget på plejehjem, beskyttet bolig eller tidsbegrænset/varigt er anbragt på døgninstitution, psykiatrisk hospital eller anden behandlingsinstitution.

c. Forsikrede fylder 18 år (hvis forsikrede er et barn), forsikrede fylder 65 år eller afgår ved døden forinden.

d. Forsikringstagers kundeforhold hos pengeinstituttet ophører.

Stk. 2. Behandling, der er anmeldt i forsikringstiden, af sygdomme eller ulykker, der er opstået i forsikringstiden, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens ophør. Denne bestemmelse gælder, uanset om det er den enkelte forsikredes forsikring der ophører eller det er den overordnede aftale om sundhedssikring mellem virksomheden, organisationen eller foreningen og Topdanmark.

Stk. 3. 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.

#### § 16. OPSIGELSE

Forsikringen kan opsiges af forsikringstager med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.



## Sundhedssikring Forsikringsbetingelser

---

### § 17. FORÆLDELSE

Krav på 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.

### § 18. TAVSHEDSPLIGT

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

### § 19. LOWVALG

Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang, denne lovgivning ikke er fraveget ved bestemmelser i forsikringsbetingelserne.

### § 20. ÆNDRING AF BETINGELSER OG/ELLER TARIF

Stk. 1. Topdanmark Livsforsikring A/S kan ændre forsikringsbetingelser og tarif med 1 måneds skriftligt varsel til et præmieforfald. Forsikringsbetingelserne kan ændres med virkning for allerede tegnede og fremtidige forsikringer.

Stk. 2. Ved skærpelse af betingelser eller ved forhøjelse af tarif kan forsikringstager opsige forsikringen med 1 måneds skriftlig varsel til det tidspunkt, hvor ændringen skulle være trådt i kraft.

Stk. 3. Præmiestigning i forbindelse med hovedforfald på grund af forsikredes alder, gruppens alderssammensætning, skadesforløbet, regulering af den maksimale erstatning eller udviklingen i ordningen er ikke en ændring af tariffen, og kan derfor ske uden varsel.

Stk. 4. Er forsikringen indgået som en gruppeaftale, sker varslingen overfor virksomheden, organisationen eller foreningen, og virksomheden, organisationen eller foreningen kan som forsikringstager opsige aftalen i henhold til gruppeaftalen.

### § 21. KLAGEADGANG

Stk. 1. Hvis forsikrede ikke er tilfreds med behandlingen af en forsikringssag, kan sagen forelægges:

Ankenævnet for Forsikring  
Anker Heegaards Gade 2  
1572 København K  
Tlf. 33 15 89 00  
Mellem kl. 10.00 og 13.00

Stk. 2. Ankenævnet kan dog kun behandle klagen, hvis forsikrede:

- a. Forgæves har prøvet at få en tilfredsstillende ordning med Topdanmark efter at tvist er opstået, eller
- b. ikke inden 3 uger har fået svar på en skriftlig henvendelse til Topdanmark og
- c. til Ankenævnet betaler et gebyr, som er fastsat af Ankenævnet. Gebyret betales tilbage, hvis forsikrede helt eller delvist får medhold i klagen, hvis klagen afvises eller tilbagekaldes.

Stk. 3. Klagen skal sendes til Ankenævnet på et særligt klageskema, som kan fås ved henvendelse til:

a. Topdanmark Livsforsikring A/S

b. Forbrugerrådet  
Fiolstræde 17  
1171 København K  
Tlf. 77 41 77 41  
Fax 77 41 77 42

c. Ankenævnet

Stk. 4. Er forsikrede ikke tilfreds med ankenævnskendelsen, kan sagen forelægges for de almindelige domstole.

Der henvises i øvrigt til Ankenævnets hjemmeside [www.ankeforsikring.dk](http://www.ankeforsikring.dk)

Du kan fortryde den indgåede aftale efter forsikringsaftalelovens § 34 i.

#### FORTRYDELSESRISTEN

Fortrydelsesfristen er 30 dage. Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag, du har fået meddelelse om aftalens indgåelse. Fortrydelsesfristen løber dog tidligst fra det tidspunkt, du på skrift (f.eks. på papir eller e-mail) har fået nærværende oplysning om fortrydelsesretten.

Hvis du f.eks. har fået underretning om aftalens indgåelse mandag den 1. - i en måned med 31 dage - og også har fået oplysning om fortrydelsesretten, har du frist til og med onsdag den 31. Hvis





## Sundhedssikring Forsikringsbetingelser

---

fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente til den følgende hverdag.

### HVORDAN FORTRYDER DU?

Inden udløbet af fortrydelsesfristen skal du underrette Topdanmark om, at du har fortrudt aftalen. Hvis du vil give denne underretning skriftligt - f.eks. pr. brev eller e-mail - skal du blot sende underretningen inden fristens udløb. Hvis du vil sikre dig bevis for, at du har fortrudt rettidigt, kan du f.eks. sende brevet anbefalet og opbevare postkvikitteringen.

Underretning om, at du har fortrudt aftalen, skal gives til:

Topdanmark Livsforsikring A/S  
Borupvang 4  
2750 Ballerup  
Tel. nr. 4474 7003

### PERSONOPLYSNINGER M.V.

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

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

På hjemmesiden [www.forsikringsluppen.dk](http://www.forsikringsluppen.dk) kan du få mere generelle oplysninger om forsikring og forsikringsforhold. Forsikringsoplysningen er forsikringssekskabernes fælles informationstjeneste.