

Generelle forsikringsbetingelser

Gældende fra 1. januar 2026



1. Optagelse

Gruppe 1, 2, 5, S, Basis–Sygeforsikring og tilvalgsforsikringer.

1.1.1

Som nye forsikringstagere i Sygeforsikringen "danmark" (og dermed som medlemmer) kan optages personer, som har bopæl i Danmark (undtaget Grønland og Færøerne), og som er tilmeldt det danske folkeregister.

Endvidere kan optages personer, der midlertidigt opholder sig i udlandet, hvis de har et dansk cpr-nummer.

1.1.2

Vedtægter for Sygeforsikringen "danmark", gensidig sygeforsikringsforening, kan ses og downloades på sygeforsikring.dk.

1.2.1

Mod tilmelding er børn under 16 år gratis forsikrede sammen med en af forældrene, der har forældremyndighed og samme folkeregisteradresse som barnet.

Barnet skal opfylde helbredsbetingelserne i punkt 1.3.1, medmindre forælderen har været medlem af "danmark" siden barnets fødsel.

1.2.2

Børn, der medforsikres gratis sammen med en forælder, vil automatisk overgå til at være betalende medlem fra det fyldte 16. år.

1.3.1

For at optagelse kan blive godkendt i Gruppe 1, 2, 5, og Basis–Sygeforsikring, er det en betingelse (se dog pkt. 1.3.2 om Gruppe S), at:

- ansøgning herom er "danmark" i hænde inden det fyldte 60. år
- vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af en legemssvaghed, der medfører, at "danmark" påtager sig en forøget risiko for dækning af medicin- eller andre behandlingsudgifter (dog kan vedkommende optages i "danmark", såfremt den tilbagevendende sygdom eller legemssvaghed ikke medfører en forøget risiko for "danmark")

- vedkommende ikke forventer at skulle have medicin eller har haft forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder
- vedkommende ikke er henvist til, forventer at skulle eller har været i behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.

1.3.2

Uanset helbredskravene i punkt 1.3.1 kan medlemmer optages i Gruppe S på baggrund af en konkret lægelig vurdering, som "danmark" foretager.

1.4

Er ansøgning om optagelse blevet godkendt af "danmark", regnes optagelsen fra den dag, der er ansøgt om optagelse. Tidspunktet for optagelse gælder tilsvarende for optagelse af børn efter punkt 1.2.1.

1.5.1

For optagelse af tidligere medlemmer, der er meldt ud af "danmark" efter punkt 2.3 eller 2.4, gælder særlige regler.

1.5.2

Tidligere medlemmer, der ønsker at blive genoptaget i "danmark", og som:

- skulle betale gebyr ved udmeldelsen, jf. punkt 2.1.2, eller som
- blev opsagt på grund af manglende betaling af kontingent, jf. punkt 9.4.1,

er omfattet af en karenstid på tre måneder fra genindmeldelsen.

1.6.1

Det optagne medlem har ret til at sikre sig inden for en af de fire grupper fastsat i henhold til "danmark"s vedtægter, kaldet Gruppe 1, Gruppe 2, Gruppe 5 og Basis–Sygeforsikring.

For optagelse i Gruppe S gælder særlige regler, se punkt 1.3.2 og 1.6.2.

Endvidere kan tilvalgsforsikringer købes sammen med de nævnte grupper efter nærmere regler for de enkelte tilvalg.

1.6.2

Skift fra en gruppe til en anden kan kun ske én gang inden for 12 måneder og tidligst 1 år efter indmeldelsen.

Medlemmer i Gruppe S har ikke krav på at kunne skifte gruppe.

1.7.1

Aftaleparten er policens ejer og den person, der har ansvaret for betaling af kontingent, og den som modtager meddelelser fra Sygeforsikringen "danmark", herunder besked om ændringer i forsikringsbetingelser og tilskud m.v.

1.7.2

Udbetaling af tilskud sker til det enkelte medlem. For børn under 16 år udbetales tilskuddet dog til den forældre, som barnet er gratis medforsikret hos.

2. Udmeldelse

Gruppe 1, 2, 5, S, Basis-Sygeforsikring og tilvalgsforsikringer.

2.1.1

Udmeldelse af "danmark" og dermed ophør af forsikringen kan ske med 30 dages skriftligt varsel.

2.1.2

Udmeldelse/opsigelse i de første 12 måneder kan dog kun ske mod betaling af et gebyr. Gebyrets størrelse fremgår af gebyroversigten på sygeforsikring.dk.

2.2

Hvis medlemmet fraflytter fast bopæl i Danmark, skal medlemmet oplyse "danmark" herom. Ved fraflytningen skal medlemmet tage stilling til, om:

- medlemskabet skal fortsætte uændret i overensstemmelse med den gældende forsikringspolice,
- medlemskabet skal ophøre ved udmeldelse af "danmark", jf. punkt 2.1.1, eller
- der skal ske ændringer i medlemskabet.

2.3

"danmark" kan ophæve medlemskabet uden varsel, hvis medlemmet ved bevidst urigtige oplysninger, falske eller rettede bilag, eller på

anden måde har søgt at opnå et tilskud, som medlemmet ikke har krav på, eller et større tilskud end medlemmet er berettiget til. Tilsvarende gælder for erstatning fra en tilvalgsforsikring.

2.4

Har medlemmet ved optagelsen afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, som har betydning for "danmark"s stillingtagen til medlemskabet, kan medlemskabet annulleres.

2.5

Hvis medlemmet har en utilbørlig eller på anden måde grov grænseoverskridende adfærd over for "danmark"s medarbejdere, kan medlemskabet ophæves.

2.6.1

Udmeldelse af "danmark" eller annullering af "danmark"-medlemskabet medfører samtidig ophør af enhver tilvalgsforsikring.

2.6.2

Gruppeskift fra en gruppe, hvortil er knyttet en tilvalgsforsikring, medfører samtidig ophør af tilvalget, medmindre det samme tilvalg er knyttet til den nye gruppe.

3. Tilskud

Gruppe 1, 2, 5, S og tilvalgsforsikringer samt varslinger.

3.1.1

Tilskud opgøres i henhold til "danmark"s gældende takster og øvrige forsikringsbetingelser. Taksterne, der består af ydelsesbeskrivelser, betingelser og tilskud, kan ses på sygeforsikring.dk.

3.1.2

Retten til tilskud for udgifter i henhold til reglerne for den særlige dækning for operationer indtræder først efter medlemskab af Gruppe 1 eller Gruppe 2 i de umiddelbart forudgående 12 måneder.

Det samme gælder ved tilkøb af tilvalget Operation i Gruppe 5 og tilvalget Udvidet Operation. Hvis tilvalget Udvidet Operation er tilkøbt, efter medlemmet er fyldt 60 år, indtræder retten til tilskud først efter 24 måneder.

3.2.1

"danmark" giver tilskud til udgifter til sygdomsbehandling, tandpleje, køb m.v. i Danmark og undtagelsesvist i EU/EØS/UK i henhold til punkt 3.1.1 og 8.

3.2.2

Er sprogkrav, som angivet på sygeforsikring.dk, ikke opfyldt, skal der medsendes translatøroversættelse af de pågældende dokumenter.

3.3

Tilskuddet fastsættes på baggrund af medlemmets faktiske udgift og kan aldrig overstige medlemmets faktiske udgift til den enkelte ydelse. Se også punkt 8.1.3.

3.4

Retten til tilskud ophører samtidig med ophør af medlemskabet. Dog erstattes udgifter til behandlinger m.v. i op til tre år, jf. punkt 8.4., såfremt disse er foretaget under medlemskabet.

4. Elektronisk kommunikation

4.1

Kommunikation mellem "danmark" og medlemmet foregår digitalt via "danmark"s hjemmeside, sygeforsikring.dk, herunder om ændring af forsikringsbetingelser, dækning mv. Medlemmet får adgang til den fremsendte kommunikation ved at logge sig ind på sygeforsikring.dk.

4.2

Medlemmet skal i forbindelse med optagelse oplyse en gyldig e-mailadresse og skal løbende sikre, at den oplyste e-mailadresse er gældende.

4.3

Alle meddelelser fra "danmark" til medlemmet kan findes på sygeforsikring.dk. Udvalgte meddelelser sendes også til mit.dk eller anden sikker kommunikationsvej.

4.4

Et medlem, der er fritaget for digital post ved det offentlige, kan mod dokumentation ved henvendelse til "danmark" blive undtaget fra kravet om digital kommunikation, jf. punkt 4.1. "danmark" forbeholder sig ret til, at stille særlige betingelser for fritagelse, fx opkræve ekspeditionsgebyr for fremsendelse af fysisk post.

5. Basis-Sygeforsikring

5.1

Der udbetales ikke tilskud til medlemmer, der har tegnet Basis-Sygeforsikring.

5.2

Bortset fra reglen i punkt 5.1 har medlemmer, der har tegnet Basis-Sygeforsikring, samme rettigheder og forpligtelser som andre "danmark"-medlemmer.

6. Forsikringssum

Gruppe 1, 2, 5, S og tilvalgsforsikringer.

6.1

Den maksimale forsikringssum, der kan ydes et medlem inden for 12 måneder, er:

- 100.000 kr. i Gruppe 1,
- 100.000 kr. i Gruppe 2,
- 20.000 kr. i Gruppe 5 og
- 20.000 kr. i Gruppe S.

For tilvalg kan gælde særlige regler.

7. Undtaget fra tilskud

Gruppe 1, 2, 5, S og tilvalgsforsikringer

7.1

Tilskud gives ikke til sygdomsbehandling, tandpleje m.v., der er ydet af medlemmet eller medlemmets virksomhed til sig selv, til hjemmeboende børn, eller ydet til medlemmet af dennes ægtefælle/registrerede partner/samlever eller af ægtefællens/registrerede partners/samlevers virksomhed.

7.2

Tilskud gives ikke til udgifter til ophold på plejehjem og anstalter for diætetisk behandling.

7.3

Tilskud gives ikke til udgifter til sygebehandling m.v. i forbindelse med sygdomme, som skyldes

misbrug af alkohol, narkotika eller andre giftstoffer, medicin samt eventuelle følgesygdomme heraf eller sygdomme, der hidrører fra selvforskyldt beskadigelse af legemet.

7.4

Tilskud gives ikke til udgifter til attester.

7.5

Under epidemier, der er taget under offentlig behandling, kan "danmark" uden varsel nedsætte tilskuddene eller lade disse helt falde bort.

7.6

Tilskud gives ikke til behandling, der indtræder

som en direkte eller indirekte følge af naturforstyrrelser, krig, krigslignende operationer, terror eller terrorlignende operationer, foranstaltninger til værn mod sådanne, borgerkrige, oprør eller borgerlige uroligheder samt behandling, der direkte eller indirekte er forårsaget af eller står i forbindelse med atomkernereaktioner.

7.7

Tilskud gives ikke til behandling af skader og sygdomme, der er opstået som følge af udøvelse af professionel sport (idræt mod økonomisk vederlag eller subsidier, der kan sidestilles hermed).

7.8

Tilskud gives ikke til udgifter, som er omfattet af en anden forsikring, se punkt 10.

8. Fremgangsmåde ved opgørelse og udbetaling af tilskud

Gruppe 1, 2, 5, S og tilvalgsforsikringer.

8.1.1

"danmark" kan som betingelse for tilskud til medlemmet stille krav om, at behandlere og leverandører overfører oplysninger direkte og elektronisk til "danmark". Den foreskrevne indberetningsform fremgår af taksterne og formidles i aftalen med behandler og leverandør.

Ekspeditionsgebyr til apotekerne for overførsel af de nævnte oplysninger fratrækkes i afregningen af tilskuddet til medlemmet.

8.1.2

Hvis der ikke er krav om elektronisk indberetning, kan en kopi af den originale regning og andre tilskudsbilag indsendes eller afleveres til et af "danmark"s kontorer eller digitalt via login på sygeforsikring.dk.

8.1.3

Regningen skal være specificeret på den enkelte ydelse, også ved køb af flere ens ydelser, samt kvitteret og forsynet med medlemsnummer (cpr-nummer). Regninger for operationer skal endvidere indeholde diagnosen (operationsklassifikationsnummer og operationsbeskrivelse), behandlingens art og den eventuelle indlæggelsesperiode.

8.2.1

Tilskud kan udbetales, når beløbet overstiger den af "danmark" fastsatte minimumsgrænse.

8.2.2

Medlemmet kan få automatiske udbetalinger månedligt, kvartalsvist, halvårligt eller helårligt til en konto i et dansk pengeinstitut. Udbetaling forudsætter, at beløbet er over den fastsatte minimumsgrænse.

8.2.3

Uanset om minimumsgrænsen, jf. punkt 8.2.1, er nået, afregnes beløbet senest 24 måneder efter, "danmark" har modtaget elektronisk indberetning eller bilag med henblik på tilskud.

8.2.4

Tilskud udbetales kun for en ydelse, der er udført, betalt og anvendt direkte af medlemmet.

8.2.5

Tilskud til udgifter til medforsikrede børn udbetales, når regningen er udstedt til barnet eller den/de af forældrene, hos hvem barnet er medforsikret, jf. punkt 1.2.1.

8.3

Ethvert krav mod "danmark" forældes tre år efter, at medlemmet har fået kendskab til sit krav. Kendskabet erhverves ved datoen for behandlingen.

8.4

Retten til tilskud ophører, når kontingentet ikke betales, jf. Lov om Forsikringsaftaler og neden for punkt 9.4.1.

9. Kontingent

Gruppe 1, 2, 5, S, Basis-Sygeforsikring og tilvalg.

9.1

Forfaldent kontingent betales forud, og kan efter aftale med "danmark" betales hel-, halv- eller kvartårligt. Hvis medlemmet kun midlertidigt har bopæl i Danmark, betales altid 12 måneder forud. Hovedforfaldsdag er den 1. januar.

9.2

"danmark" opkræver både første og senere kontingenter samt skadesforsikringsafgift ved udsendelse af opkrævning eller efter medlemmets ønske via en af "danmark" godkendt betalingsaftale. Medlemmet bærer dog selv ansvaret for, at kontingentet bliver betalt.

9.3.1

Første kontingent og skadesforsikringsafgift forfalder til betaling ved forsikringens ikrafttræden og skal være betalt senest 14 dage herefter.

9.3.2

Betales første kontingent ikke inden den i punkt 9.3.1 nævnte frist, bortfalder medlemskabet.

9.4.1

Hvis senere kontingent ikke betales rettidigt, kan "danmark" opsige medlemskabet med den virkning, at medlemskabet ophører, hvis kontingentet ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen. Opsigelsen kan dog tidligst ske 14 dage efter afsendelsen af den i punkt 9.4.2 nævnte rykkerskrivelse.

9.4.2

Betales senere kontingent ikke inden den i punkt 9.4.1 nævnte frist, vil "danmark" derefter fremsende en rykkerskrivelse.

"danmark" kan opkræve gebyr for rykkerskrivelser til medlemmerne.

9.5

Kontingent fastsættes af "danmark"s bestyrelse i henhold til "danmark"s vedtægter.

10. Dækning fra anden side

Gruppe 1, 2, 5, S og tilvalg.

10.1.1

"danmark" yder ikke tilskud til udgifter, som er dækket af anden forsikring eller af det offentlige.

10.1.2

Medlemmet er forpligtet til straks at give "danmark" underretning om, at skadesudgiften er dækket af anden forsikring således, at "danmark" kan gennemføre et eventuelt regreskrav.

10.2

I de tilfælde, hvor medlemmet har adgang til at

rejse krav om erstatning for eller tilskud til udgifter til sygehjælp m.v., er den pågældende forpligtet til straks at underrette "danmark" herom.

10.3

"danmark" bestemmer, om selskabet vil gennemføre dets krav mod det andet selskab, eller om medlemmet selv skal gøre dette.

10.4

Medlemmet er forpligtet til ved retsforfølgning eller lignende at træffe de foranstaltninger, der

er nødvendige for også at varetage "danmark"s interesser over for det andet selskab.

10.5

Hvis medlemmet modtager erstatning eller tilskud fra anden side for afholdte udgifter til sygehjælp m.v., som er afholdt af "danmark", skal de af "danmark" ydede beløb straks tilbagebetales.

10.6

Medlemmet kan ikke med bindende virkning for "danmark" frafalde krav, nedsætte disse eller på anden måde forringe "danmark"s retsstilling over for en anden dækning som nævnt i punkt 10.1.1.

10.7

Hvis medlemmet overtræder reglerne i punkt 10.1.1 – 10.6, kan det medføre, at "danmark"s tilskudsforpligtelse bortfalder.

11. Ændringer m.v.

Gruppe 1, 2, 5, S, Basis-Sygeforsikring og tilvalgsforsikringer.

11.1.1

Alle meddelelser til "danmark" om medlemskabet skal ske digitalt via login på sygeforsikring.dk, medmindre medlemmet er blevet undtaget herfra, jf. punkt 4.4.

11.1.2

Det er medlemmets ansvar at sikre, at "danmark" har korrekte oplysninger om navn, bopælsadresse, e-mailadresse, kontoplysninger og om evt. tilgang af børn til "danmark".

"danmark" modtager automatisk oplysning om ændringer, der registreres i CPR-registret, medmindre medlemmet har navne- eller adressebeskyttelse. "danmark" modtager ikke oplysninger om tilgang af børn fra CPR-registret.

11.2.1

Ændringer i forsikringsbetingelserne og øvrige ændringer af medlemskabet varsles gennem medlemsbladet d-nyt eller ved anden digital kommunikation.

11.2.2

Gebyrer kan forhøjes eller nye gebyrer indføres til dækning af omkostninger i forbindelse med kontingentopkrævninger, rykkerskrivelser, udskrivning og fremsendelse af dokumenter, samt øvrige serviceydelser. Ændringer offentliggøres på sygeforsikring.dk. På sygeforsikring.dk findes der en oversigt over samtlige gebyrer.

12. Ankenævn

12.1

"danmark" er tilsluttet Ankenævnet for Forsikring.

Sygeforsikringen "danmark"
Palægade 5
1261 København K
Telefon 70 10 90 70
CVR-nr. 22656511

