



Sundhedsforsikring

Vilkår nr. 29-5, januar 2023



LB Forsikring

LB Forsikring • Forsikringsaktieselskab • CVR-nr. 16 50 08 36 • Amerika Plads 15 • DK-2100 København Ø • www.lbforsikring.dk

En del af LB Forsikring



1. Sundhedsforsikringens hvem - hvad - hvor?

- A. Hvad gælder for din forsikring?
- B. Hvem dækker forsikringen?
- C. Bopælskrav
- D. Hvordan dækker din forsikring?
- E. Hvad dækker din forsikring ikke?
- F. Hvornår er der dækning?
- G. Hvilke udgifter dækker din forsikring?
- H. Anmeldelse

Dækningskemaer

- 2. Sygdom og følger af skade
- 3. Problematikker i bevægeapparatet
- 4. Psykologisk trivselsrådgivning og akut psykologisk krisehjælp
- 5. Psykologhjælp
- 6. Psykiater
- 7. Misbrugsbehandling

8. Generelt for alle dækninger

- A. Betaling
- B. Gebyrer
- C. Indeksregulering
- D. Hvornår kan LB Forsikring ændre vilkår og priser?
- E. Forsikringens varighed og opsigelse
- F. Tilbagebetaling
- G. Generel information
- H. Klagemuligheder
- I. Fortrydelsesret

1. Sundhedsforsikringens hvem - hvad - hvor?

A. Hvad gælder for din forsikring?

Din sundhedsforsikring består af en række forskellige dækninger. Du kan se på din police, i hvilke tilfælde du har ret til behandling.

Din forsikring er reguleret af dansk lov, herunder forsikringsaftaleloven, LB Forsikrings vedtægter og disse forsikringsvilkår. Hvis der er lavet særlige aftaler, der gælder for din forsikring, står de i din police.



B. Hvem dækker forsikringen?

Forsikringen dækker den sikrede, der er nævnt på policen.

Sundhedsforsikringen ophører ved første fornyelsesdag efter sikrede er fyldt 70 år.



Særligt for børnesundhedsforsikringen:

Bliver forsikringen tegnet som en børnesundhedsforsikring, ophører forsikringen første fornyelsesdag efter barnet er fyldt 21 år.

C. Bopælskrav

Du skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), være omfattet af Danmarks offentlige sygesikringsordning og have et dansk sundhedskort.



D. Hvordan dækker din forsikring?

Vi henviser til behandlingssteder inden for vores kvalitetssikrede behandler-netværk i Danmark. Vi samarbejder med Dansk Sundhedssikring, som kan henvise dig til både offentlige og private behandlingssteder. Når vi henviser dig til behandling, sker det i samråd med dig.



Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter i forbindelse med behandling af sygdom og følger efter ulykkestilfælde med op til maksimalt 1.800.000 kr. pr. år.

DU SKAL VÆRE OPMÆRKSOM PÅ, AT VI SKAL GODKENDE ALLE BEHANDLINGER, FØR DE STARTER. DET ER DERFOR VIGTIGT, AT DU KONTAKTER LB FORSIKRING, INDEN DU STARTER BEHANDLING.

E. Hvad dækker forsikringen ikke?

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- Behandlinger og undersøgelser hos privatpraktiserende læger (speciallæger i almen medicin)
- Kosmetisk behandling, med mindre behandlingen sker som direkte følge af en dækningsberettiget behandling eller operation
- Forebyggende og vedligeholdende behandlinger
- Akutte behandlinger
- Undersøgelser/behandling som udføres af sikrede selv, dennes ægtefælle/samlever, børn eller af en virksomhed, som en af disse ejer helt eller delvist
- Transport, uanset hvor sikrede er bosat.



1. Sundhedsforsikringens hvem - hvad - hvor?

F. Hvornår er der dækning?

Sundhedsforsikringen dækker undersøgelse og behandling i forsikringstiden.

Forsikringen træder i kraft fra den dato, der er nævnt på din police.



a. Sygdomme/lidelser opstået før køb af forsikringen

Sygdomme/lidelser og følger af skader, der er opstået, diagnosticeret, eller som den sikrede er bekendt med eller burde kende til, da forsikringen trådte i kraft, er først dækket, når forsikringen har været i kraft i to år.

b. Særligt om sygdomme/lidelser, der opstår inden for de første 3 måneder, efter forsikringen er købt

Du kan tidligst blive undersøgt og behandlet for sygdomme/lidelser, når forsikringen har været i kraft i 3 måneder.

Du kan dog tidligst blive behandlet for misbrug, når din forsikring har været i kraft i 6 måneder.

c. Særligt om kroniske sygdomme

Vi dækker aldrig behandling af kroniske sygdomme og lidelser, der blev konstateret, før forsikringen trådte i kraft. Hvis du i forsikringstiden får konstateret kroniske sygdomme eller lidelser, dækkes behandling af disse i 3 måneder fra diagnosen blev stillet.

d. Særligt om tilbagevendende lidelser, der ikke er kroniske

For enkelte lidelser kan der gælde særlige regler. Det gælder bl.a. problematikker i bevægeapparatet og misbrug, se afsnit 3.2 og 7.1.

e. Særligt ved skift af selskab

Hvis sikrede var omfattet af en tilsvarende sundhedsforsikring i andet selskab umiddelbart før køb af denne forsikring, og skaden ikke allerede er anmeldt til det andet selskab, dækker vi fra den dag, forsikringen trådte i kraft. Hvis skaden er anmeldt hos det tidligere forsikringsselskab, dækker vi først efter 3 måneder.

Kommer du direkte fra et andet selskab, hvor du var omfattet af en dækning, nedsætter vi toårsperioden (se ovenfor i 1.f.a.) med det antal dage, du var dækket i dit tidligere selskab. Den samlede periode bliver altså 2 år.

G. Hvilke udgifter dækker din forsikring?

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige omkostninger. Vi dækker ikke behandlinger, du udebliver fra eller melder for sent afbud til.



Vælger du en behandler eller et behandlingssted uden for vores netværk, udsteder vi en behandlingsgaranti, som du skal medbringe. Hvis du skal lægge ud, fx fordi du vælger en behandler uden for netværket, kan du se i dækningsskemaerne, hvilken dokumentation vi beder om.

Særligt om tilskud og andre forsikringsordninger

Forsikringen dækker dine faktiske afholdte udgifter. Vi har ret til at modregne tilskud fra Sygeforsikringen Danmark og den offentlige sygesikring.

Hvis du har ret til dækning for et begrænset antal behandlinger fra anden forsikring, fx en ulykkesforsikring eller fra en evt. ansvarlig skadevolder, begrænser det ikke din ret til at få dækning fra din sundhedsforsikring. Det er dog et krav, at alle behandlinger er rimelige og nødvendige, for at du kan opnå en varig forbedring af din tilstand. Du kan ikke få dækket den samme behandling 2 gange.

Hvis en anden forsikring dækker samme behandling som vores, og det andet selskab har taget forbehold for at nedsætte erstatningen i tilfælde af dobbeltforsikring, gælder et tilsvarende forbehold for denne forsikring.

H. Anmeldelse

Hvis du ønsker at benytte din sundhedsforsikring, kan du kontakte LB Forsikring telefonisk på 33 11 77 55 eller anmelde online på <https://lb.ds-sundhed.dk/>



Du skal være opmærksom på, at alle behandlinger skal godkendes, før de påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du kontakter os inden du påbegynder behandling.

Anmeldelsesfrist

Et eventuelt krav om udbetaling af erstatning skal fremsættes inden for 6 måneder efter forsikringens ophør.

I øvrige tilfælde forældes eventuelle krav efter forældelseslovgivningen.

Samtykke

Når du anmelder en sygdom eller skade, skal du give samtykke til, at vi udveksler oplysninger med læger og andre der behandler eller har behandlet dig. Dette med henblik på, at vi får mulighed for at indhente journaler, røntgenbilleder og andre relevante oplysninger.

Dækningerne er opdelt i nedenstående moduler. Læs nærmere i afsnit 2-7.

Sygdom og følger af skader

SundhedsNavigator

Dækker telefonisk vejledning til behandlingskrævende helbredsproblemer og tovholderfunktion.

Hurtig udredning

Dækker hjælp til at få stillet en diagnose og giver adgang til speciallæge inden for 10 hverdage, i enten offentlig eller privat regi.

Behandlinger

Dækker behandling med opstart inden for 10 hverdage. Behandling kan ske på offentlige eller private behandlingssteder.

Uvildig speciallægevurdering

Dækker i situationer, hvor du skal træffe et særligt vanskeligt valg i forbindelse med behandling.

Bevægeapparatslidelser

Dækker med følgende behandlinger:

- Fysioterapi
- Kiropraktik
- Akupunktur
- Zoneterapi
- Osteopati

Psykiske lidelser

Psykologisk trivselsrådgivning

Dækker telefonisk psykologrådgivning ved arbejds- og privatrelaterede trivselsproblemer.

Akut psykologisk krisehjælp

Dækker psykologhjælp ved visse akutte kriser.

Psykologhjælp

Dækker psykologhjælp ved fx. mild til moderat angst og depression.

Misbrugsbehandling

Dækker behandling af visse former for misbrug og afhængighed.

Psykiater

Dækker behandling hos psykiater.

Samarbejde med Dansk Sundhedssikring

LB Forsikring samarbejder med Dansk Sundhedssikring. Når du kontakter LB Forsikring, taler du med sundhedsfagligt personale fra Dansk Sundhedssikring. De er klar til at hjælpe med behandling i deres kvalitetssikrede netværk og med behandling i det offentlige og på private behandlingssteder.



2. Sygdom og følger af skader

- SundhedsNavigator, hurtig udredning, behandling for sygdom og tilskadekomst og uvildig speciallægevurdering

SundhedsNavigator

Hvis du har en sygdom eller følger af en skade, der ud fra en lægelig vurdering kræver behandling, hjælper Dansk Sundheds sikring med at tilrettelægge forløbet af undersøgelser og behandlinger. Det omfatter navigation og tovholderfunktion ved forløb i den private og/eller den offentlige sundhedssektor. Du kan også få læge- og sygeplejefaglig vejledning på telefon, hvis du har behandlingskrævende helbredsproblemer.

1. Forsikringen dækker:

Hvis du bliver syg, eller kommer til skade i forsikringstiden, dækker vi dine udgifter til:

- Hurtig udredning hos speciallæge, fx laboratorieprøver, røntgen, scanninger og anden billeddiagnostik
- Behandling for sygdom eller følge efter en skade og følgeudgifter (se afsnit 2.4).

Du er garanteret undersøgelse, behandling (herunder forundersøgelse) eller operation i behandlernetværket inden for 10 arbejdsdage, efter du har kontaktet LB Forsikring om en dækningsberettiget lidelse. Hvis vi har brug for flere oplysninger for at vurdere dit krav og igangsætte behandling, starter de 10 dage, fra vi modtager de nødvendige oplysninger.

Det er et krav, at behandlingen efter en almindelig, lægelig vurdering kan føre til en væsentlig, varig forbedring. Det er et krav, at behandlingsmetoden og behandleren er anerkendt af de danske sundhedsmyndigheder, og at behandlingen har en dokumenteret effekt.

Behandlings- og undersøgelsesgarantien på 10 arbejdsdage gælder ikke ved begrænset kapacitet i det offentlige og/eller private sundhedsvæsen som følge af faglige konflikter eller uforudsigelige hændelser, der ligger uden for vores kontrol. I disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

3. Dokumentation:

Vi kan kræve, at du sender os:

- a. Lægehenvielse
- b. Prøveresultater/diagnoseresultater
- c. Journal.

2. Forsikringen dækker ikke:

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- a. Medfødte lidelser
- b. Kroniske lidelser og sygdomme. Hvis du i forsikringstiden får konstateret kroniske sygdomme eller lidelser, dækkes dog behandling af disse i 3 måneder fra diagnosen blev stillet
- c. Særligt komplicerede og højt specialiserede behandlinger, der mest hensigtsmæssigt kan udføres i det offentlige, fx organtransplantation eller hjerte-/karsygdomme
- d. Sygdomme, hvor der tilbydes et pakkeforløb i det offentlige system, fx. cancer.
- e. Alle former for behandling i forbindelse med seksualitet, fertilitetsundersøgelse, barnløshed og sterilitet.
- f. Kønssygdomme, HIV-infektion og AIDS, organtransplantation og -donation samt kronisk dialysebehandling
- g. Nedsat syn og nedsat hørelse, herunder almindelige syns- eller hørekorrigerende undersøgelser, kontroloperation og anden behandling som grå stær, skelen, briller, kontaktlinser, samt høreprøver og høreapparater
- h. Fedmeoperationer eller – behandling, herunder følgeoperationer eller følgebehandling
- i. Psykiske lidelser og lignende, der er undtaget i afsnit 5.2, 6.2 og 7.2
- j. Fysiske behandlinger, der er undtaget i afsnit 3.2
- k. Snorken og søvnproblemer, herunder søvnapnø
- l. Følgesygdomme af misbrug af alkohol, medicin eller narkotika
- m. Følger af professionel sport. Professionel sport er defineret ved, at du får en løn, vederlag eller anden indkomst på over 25.000 kr. om året
- n. Følger af et ulykkestilfælde, der er forårsaget af sikrede ved forsæt, selvforskyldt beruselse, under påvirkning af narkotika eller lignende stoffer, deltagelse i slagsmål (medmindre sikrede var sagesløs), eller hvis sikrede har udvist grov uagtsomhed. Det gælder uanset sikredes sindstilstand eller tilregnelighed, da ulykkestilfældet skete
- o. Allergi, herunder udredning og behandling
- p. Hudsygdomme, herunder udredning og behandling
- q. Tandlæge og kæbekirurgi, se dog afsnit 2.4.g
- r. Fodterapeut
- s. Epidemier og pandemier.



2. Sygdom og følger af skade

- SundhedsNavigator, hurtig udredning, behandling for sygdom og tilskadekomst og uvildig speciallægevurdering

4. Hvilke udgifter dækker vi?

1. Forsikringen dækker

Forsikringen dækker undersøgelser samt medicinske og kirurgiske behandlinger eller operationer.

2. Følgeudgifter

Forsikringen dækker derudover disse følgeudgifter i forbindelse med en af os godkendt behandling eller operation:

- a. Ophold, pleje og forplejning:
Den syges/tilskadekomnes udgifter til et af os godkendt ophold, pleje og forplejning på behandlingsstedet i forbindelse med behandlingen
- b. Diætist (dækkes kun som følgeudgift til en af os godkendt behandling):
Forsikringen dækker behandling hos en autoriseret, klinisk diætist, hvis det efter en almindelig lægelig vurdering har væsentlig betydning for helbredstilstanden eller resultatet af behandlingen. Dette gælder, uanset størrelsen på dit BMI.
Dækningen omfatter et forløb, hvor du får udarbejdet en kostplan og 10 opfølgninger inden for et år.
- c. Genoptræning:
Forsikringen dækker speciallægeordineret genoptræning efter operation i op til 6 måneder efter operationen, hvis genoptræningen er rimelig og nødvendig i umiddelbar forlængelse af operationen.
- d. Efterkontrol:
Forsikringen dækker speciallægeordineret, ambulante efterkontrol efter dækningsberettiget hospitalsbehandling i op til 6 måneder.

- e. Medicinsk efterbehandling:
Forsikringen dækker lægeordineret, receptpligtig medicin i op til 6 måneder efter en operation.

- f. Hjemmesygepleje, hjemmeservice og midlertidige hjælpemidler:

Forsikringen dækker:

- Hjemmesygeplejerske, der er ordineret af den behandelende læge
- Hjemmeservice, hvis det er en nødvendig del af det samlede behandlingsforløb for skaden
- Midlertidige hjælpemidler, som den behandelende læge vurderer som rimelige og nødvendige, for at du kan komme dig efter en dækningsberettiget operation, og som ikke kan modtages via de offentlige tilbud om hjælpemidler.

Vi dækker rimelige og nødvendige omkostninger i op til 6 måneder, efter at behandlingen/operation er afsluttet, dog højst med indtil 30.000 kr. pr. skade.

- g. Tandbehandling:
Forsikringen dækker speciallægeordineret tandbehandling, hvis du skal have udbedret en skade på dine tænder som følge af behandlingen.
Vi dækker rimelige og nødvendige omkostninger med op til 15.000 kr. pr. skade.
- h. Re-operation:
Re-operation efter en operation er dækket, hvis den primære operation er foretaget på et behandlingssted anvist af os.

5. Uvildig speciallægevurdering / Second opinion

Du kan i visse tilfælde få godkendt én medicinsk vurdering mere af en uvildig speciallæge, også kaldet Second opinion. Det gælder, hvis du efter en lægelig vurdering:

- Skal træffe en beslutning om at modtage en behandling, der kan være livstruende eller give alvorlige, varige følger udover den sygdom, du er i behandling for.
- Lider af en særligt alvorlig eller livstruende sygdom.

Speciallægen foretager sin vurdering på baggrund af de allerede foreliggende undersøgelser, medmindre vi vurderer, at det er rimeligt og nødvendigt med supplerende undersøgelser.



3. Problematikker i bevægeapparatet

- Fysioterapeut, osteopat, kiropraktor, zoneterapeut og akupunktør

1. Hvad dækker forsikringen?

Forsikringen dækker følgende behandlingsformer ved lidelser og problemer i bevægeapparatet

- Fysioterapi
- Osteopati
- Kiropraktik
- Zoneterapi (hos RAB registreret behandler)
- Akupunktur (hos RAB registreret behandler)
- Fysiurgisk massage (hos RAB registreret behandler). Dækkes kun i tilknytning til godkendt fysioterapi eller kiropraktik.

Det er et krav, at behandlingen efter en almindelig, lægelig vurdering kan føre til en væsentlig, varig forbedring.

2. Forsikringen dækker ikke:

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- Medfødte lidelser
- Tilbagevendende lidelser, når vi tidligere har dækket behandling vedrørende den samme problematik
- Kroniske lidelser og sygdomme.

Hvis du i forsikringstiden får konstateret kroniske sygdomme eller lidelser, dækkes dog behandling af disse i 3 måneder fra diagnosen blev stillet.

3. Dokumentation

Vi kan kræve, at du får en lægehenvielse.

Hvis du vælger en behandler uden for vores netværk, kan du komme ud for, at du selv skal afregne din behandling. For at få udbetalt refusion fra os, skal du sende en kopi af regninger, der indeholder disse oplysninger:

- Dit navn og din fødselsdato
- Behandlers navn og CVR-nr.

4. Hvilke udgifter dækker vi?

Vi dækker rimelige og nødvendige omkostninger.

Dækningen afhænger af, hvor du vælger at blive behandlet:

- Behandling i netværk:
Forsikringen samarbejder med et kvalitetssikret netværk af behandlere inden for fysioterapi og kiropraktik. Vælger du en behandler fra netværket, dækker vi dine behandlinger, så længe behandlingen er rimelig og nødvendig, for at du kan opnå en væsentlig, varig forbedring af din tilstand.

Ved fysiurgisk massage dækker vi dog højst 4 behandlinger pr. kalenderår og kun i tilknytning til godkendt fysioterapi eller kiropraktik.

- Behandling uden for netværk
Du kan selv vælge en behandler, og der er ikke krav om, at den behandler, du vælger, skal have ret til tilskud fra den offentlige sygesikring.
 - Fysioterapi, kiropraktik og osteopati:
Vi dækker op til 5 behandlinger. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi/kiropraktik/osteopati
 - Hvis behandleren skønner, at der efter 5 behandlinger fortsat er udsigt til at opnå en væsentlig, varig forbedring af din tilstand, kan vi bevilge flere behandlinger, hvis der efter en almindelig, lægelig vurdering er tale om en lidelse af en karakter, hvor yderligere behandling er rimelig og nødvendig. Den samlede behandlingsperiode kan ikke overstige et halvt år pr. skade.
 - Akupunktur og zoneterapi
Vi dækker op til 10 behandlinger pr. kalenderår, hvis vi skønner, at der er tale om en lidelse af en karakter, hvor behandling efter en almindelig, lægelig vurdering er rimelig og nødvendig.
 - Fysiurgisk massage
Vi dækker op til 4 behandlinger med fysiurgisk massage pr. kalenderår, hvor behandling med fysiurgisk massage efter en almindelig, lægelig vurdering er rimelig og nødvendig og det sker i tilknytning til godkendt fysioterapi eller kiropraktik.



4. Psykologisk trivselsrådgivning og akut psykologisk krisehjælp

- Del af modulet psykiske lidelser

1. Psykologisk trivselsrådgivning

Forsikringen dækker telefonisk rådgivning om trivselsproblematikker, der ikke kræver psykologisk behandling. Der rådgives om:

- Arbejdsrelaterede trivselsproblemer og afskedigelse
- Private trivselsproblematikker, der fx knytter sig til børn og samliv.

Hvis den rådgivende psykolog efter samtalen vurderer, at der er tale om en lidelse, der er dækket efter 5.1, kan du få dækning efter 5.1.

Du har altid krav på en samtale, og du kan efter den rådgivende psykologs skøn få op til 5 samtaler i alt.

2. Akut psykologisk krisehjælp

Forsikringen dækker psykologisk krisehjælp med op til 5 konsultationer i tilfælde af, at sikrede har fået akut, psykisk krise på grund af alvorlig, livstruende sygdom hos enten sikrede eller nære pårørende, eller ved dødsfald hos nære pårørende.

Ved nære pårørende forstås:

- Dig og din husstand
- Sikredes børn, svigerbørn eller børnebørn
- Sikredes forældre, sviger- eller bedsteforældre
- Sikredes søskende, svogre eller svigerinder

Du kan også få psykologisk krisehjælp til arbejdsrelaterede kriser på grund af røveri, overfald, vold eller pludselige hændelser/ulykker med alvorlig fysisk skade, eller med fare for alvorlig skade.

Har du en krisehjælpsdækning, fx via en anden forsikring eller din arbejdsplads, så skal den bruges først. Har du en indboforsikring hos LB Forsikring, kan du med fordel benytte dig af den, da den akutte krisehjælp, der tilbydes via indboforsikringen, er mere omfattende.

Har du behov for akut krisehjælp skal du ringe til tlf. nr. 33117755.



5. Psykologhjælp

- Del af modulet psykiske lidelser

1. Forsikringen dækker:

Forsikringen dækker udgifter til behandling eller rådgivning hos en psykolog ved:

- a. Mild til moderat depression
- b. Mild til moderat angst
- c. Stress
- d. Tilpasningsreaktion som følge af:
 - Du har været udsat for røveri, vold eller seksuelt overgreb
 - Du har været impliceret i en ulykke
 - Du er pårørende til alvorligt psykisk syge personer
 - Du er blevet ramt af en alvorlig, invaliderende sygdom
 - Du er pårørende til en person, der er blevet ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
 - Du er pårørende ved dødsfald
 - Abort

Det er et krav, at behandlingen efter en almindelig lægefaglig vurdering kan føre til en væsentlig varig forbedring.

2. Forsikringen dækker ikke:

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- a. ADHD, OCD, Aspergers, autisme og andre sygdomme inden for autismspektret
- b. Demenssygdomme
- c. Spiseforstyrrelser, fobier og personlighedsforstyrrelser
- d. Moderate til svære psykiske lidelser som fx svær depression og angst
- e. Psykiske sygdomme, som hører under de offentlige pakkeforløb eller behandlingsforløb, der tilbydes i det offentlige
- f. Udarbejdelse af rapporter, deltagelse i møder med kommune, skole og andre
- g. Medicinudgifter.

3. Dokumentation

Vi kan kræve, at du sender os:

- Lægehenvielse ved lidelser, der er omfattet af den offentlige sygesikring
- En anbefaling af psykologbehandling fra din læge ved andre lidelser
- Journal eller lægeerklæring. Hvis vi beder om en lægeerklæring, refunderer vi din udgift til lægens honorar, hvis vi anerkender lidelsen som dækket

4. Hvilke udgifter dækker vi?

Dækningen afhænger af, hvor du vælger at blive behandlet:

- a. Behandling i psykolognetværk:
Forsikringen samarbejder med et kvalitetssikret netværk af psykologer. Vælger du en psykolog fra netværket, dækker vi dine konsultationer, så længe der er tale om behandling af en dækket lidelse, og konsultationerne er rimelige og nødvendige for at opnå en væsentlig, varig forbedring af din tilstand.
- b. Behandling uden for netværk med offentligt tilskud hos psykolog efter eget valg:
Har du en henvisning fra egen læge til behandling for en lidelse, der giver ret til offentligt tilskud, dækker vi din egenbetaling for op til 12 konsultationer. Du kan bl.a. opnå offentligt tilskud ved behandling for depression og angst.
- c. Behandling uden for netværk uden offentligt tilskud hos psykolog efter eget valg:
Selv om behandlingen ikke giver ret til offentligt tilskud, dækker vi 5 konsultationer med det beløb, der svarer til egenbetalingen efter den offentlige sygesikring. I 2023 svarer det til 1.000 kr. pr. behandling. Vi kan bevilge flere konsultationer, hvis der efter 5 konsultationer fortsat er udsigt til at opnå en væsentlig, varig forbedring, dog højst 12 konsultationer i alt.



6. Psykiater

- Del af modulet psykiske lidelser

1. Forsikringen dækker:

Forsikringen dækker konsultationer hos en psykiater efter henvisning fra egen læge, når det er muligt at opnå en væsentlig og varig forbedring af en tilstand, der er blevet symptomgivende i forsikringstiden.

2. Forsikringen dækker ikke:

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- Diagnosticerede, psykiske sygdomme, der er omfattet af et offentligt pakkeforløb eller behandlingsforløb. Vi tilbyder vejledning i forbindelse med benyttelsen af et offentligt tilbud
- Udredning og behandling af ADHD, OCD, Aspergers, autisme og andre sygdomme inden for autismspektret
- Spiseforstyrrelser, fobier og personlighedsforstyrrelser
- Kroniske sygdomme
- Kriser på grund af røveri, overfald, vold eller pludselige hændelser/ulykker med alvorlig fysisk skade, eller med fare for alvorlig skade.

3. Anmeldelse

Vi kan kræve, at du sender os:

- Lægehenvielse om behov for psykiatrisk behandling.
- Journal.

4. Hvilke udgifter dækker vi?

Vi dækker udgifter til:

- Konsultationer, så længe den behandlende psykiater vurderer, at der er rimelig udsigt til en væsentlig, varig forbedring af tilstanden. Forsikringen udbetaler maks. 100.000 kr. i alt til psykiatrisk behandling. Det vil sige, at uanset hvor længe du har forsikringen, og uanset hvor mange psykiatriske diagnoser, du har, kan du i alt højst få dækket 100.000 kr. Beløbet er inkl. udgifter til lægeerklæringer
- Foretager en psykiater samtalerapi i stedet for at henvise til psykolog, må en konsultation maksimalt koste, hvad der svarer til egenbetalingen efter den offentlige sygesikring. I 2023 svarer det til 1.000 kr. pr. konsultation. Samtalerne betragtes altid som selvvalgt psykolog efter pkt. 5.4.c.



7. Misbrugsbehandling

- Del af modulet psykiske lidelser

1. Forsikringen dækker:

Forsikringen dækker lægeordineret ambulante behandling for misbrug og afhængighed af:

- a. Receptpligtig medicin
- b. Narkotika (rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer)
- c. Alkohol
- d. Spil, hvis du er diagnosticeret med ludomani
- e. Sex.

Du kan tidligst blive behandlet for misbrug, når forsikringen har været i kraft i 6 måneder.

2. Forsikringen dækker ikke:

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- Afrusning. Når du kontakter os, kan vi dog vejlede dig om offentlige afrusningstilbud
- Behandling, der efter en almindelig lægefaglig vurdering, ikke kan forventes at føre til en væsentlig varig forbedring i den sikredes tilstand, fx fordi der har været en historik med tilbagefald
- Udgifter til medicin.

3. Anmeldelse

Vi kan kræve, at du sender:

- Anbefaling fra læge om, at der er behov for behandling.
- Journal.

4. Hvilke udgifter dækker vi?

Vi dækker udgifter til ambulante behandling.

Forsikringen dækker maks. 100.000 kr. i alt. Det vil sige, at uanset hvor længe du har forsikringen, og uanset hvor mange typer af misbrug, du har, kan du højst få udbetalt 100.000 kr. i alt. Beløbet er inkl. udgifter til lægeerklæringer.

8. Generelt for alle dækninger

A. BETALING

Du betaler første gang, når forsikringen træder i kraft. Senere betalinger er på de aftalte betalingsdage.

Betaling kan ske via Betalingservice eller ved indbetalingskort.

Sammen med betalingen opkræver vi betalingsgebyr der dækker vores ekspeditionsomkostninger ved betalingen.

Vi opkræver også eventuelle afgifter til staten.

Betaler du ikke til tiden, sender vi en påmindelse om betaling og oplyser konsekvenserne af for sen betaling. Samtidig opkræver vi et rykkergebyr, der dækker vores ekspeditionsomkostninger i forbindelse med rykkeren.

B. GEBYRER

LB Forsikring kan indføre og ændre gebyrer for serviceydelser og opkrævninger i det omfang, sådanne ændringer sker for at sikre, at vi får dækket vores faktiske omkostninger ved den ekspedition, du betaler gebyr for.

Vi offentliggør generelle forhøjelser og nye gebyrer på vores hjemmeside. Forhøjelser gennemføres først en måned efter offentliggørelsen på hjemmesiden. Når vi indfører nye serviceydelser, kan vi indføre et gebyr for disse. Vi indfører gebyrer for nye serviceydelser samtidig med, at vi indfører serviceydelsen og offentliggør gebyret på vores hjemmeside.

C. INDEKSREGULERING

Vi regulerer visse priser, selvrisici og forsikringssummer, herunder erstatningsmaksimum og minimumsbeløb, efter Danmarks Statistiks lønindeks for den private sektor. LB Forsikring regulerer hvert år med den procent, som indekset steg eller faldt med i forhold til indekstallet for første kvartal i det forudgående kalenderår. Der reguleres i forhold til det indekssår, der står i policen eller vilkårene. Tilskud til psykologbehandling reguleres dog, så den svarer til egenbetalingen efter den offentlige sygesikring.

Der reguleres i forhold til det indekssår, der står i policen. Beløb i vilkårene indekseres, når årstal for indeks fremgår af en parentes. Beløbene indekseres hvert år med mindre andet fremgår af policen.

Indeksring sker på fornyelsesdagen.

Ophører indekset, vil reguleringen ske efter et andet årligt offentliggjort indeks fra Danmarks Statistik, som angiver den gennemsnitlige lønudvikling.

D. HVORNÅR KAN LB FORSIKRING ÆNDRE VILKÅR OG PRISER?

LB Forsikring kan ud over den aftalte indeksregulering ændre i forsikringsvilkår, pris, forsikringssummer og selvrisici til fornyelsesdagen (hovedforfald) i følgende tilfælde:

- Ved stigende udgifter til at udbetale erstatninger fx pga. stigende priser hos leverandører (udover indeks) eller ved øget skadesfrekvens/skadesudgifter
- Ved ændringer i lovgivning, regulering eller praksis
- Ved produktændringer
- For at skabe incitament til at skadesforebygge.

Vi varsler væsentlige ændringer, der medfører en forringelse af pris eller vilkår med det varsel, der gælder for opsigelse til fornyelsesdagen, og vi giver dig samtidig besked om, hvordan du kan opsiges din forsikring, hvis du ikke ønsker at fortsætte den.

Sker ændringen i forbindelse med en skade, kan ændringen dog ske med det varsel, der gælder ved opsigelse efter skade.

Se opsigelsesvarsler i næste afsnit.

Vi kan uden at varsle opdatere vilkår med nye indekstal, sætte prisen ned, forbedre dækningen og foretage en sproglig opdatering af vilkårene. De nyeste vilkår er altid tilgængelige på vores hjemmeside.

E. FORSIKRINGENS VARIGHED OG OPSIGELSE

Opsigelse til fornyelsesdagen

Forsikringen er købt for en 1-årig periode og fortsætter, indtil en af parterne opsiger den med mindst 1 måneds skriftlig varsel til fornyelsesdagen. Se dog nedenfor om forsikringens ophør.

Opsigelse med forkortet varsel

Du kan altid opsiges forsikringen med 30 dages varsel til udgangen af en kalendermåned. Bruger du muligheden for at opsiges med forkortet varsel, har vi ret til at opkræve et gebyr. Gebyret står på vores hjemmeside, ligesom du kan få gebyret oplyst ved henvendelse til os.

Opsigelse efter skade

Efter enhver anmeldt skade har både du og vi ret til at opsiges forsikringen skriftligt med 14 dages varsel. Opsigelse kan ske indtil 30 dage efter, at erstatningen er betalt, eller skaden er afvist. LB Forsikring kan inden for samme frist ændre vilkår og pris.

Automatisk ophør:

Forsikringen stopper altid:

- Hvis du ikke længere har folkeregisteradresse i Danmark
- Hvis du bliver varigt anbragt på plejehjem, døgninstitution, psykiatrisk hospital eller behandlingsinstitution
- Første fornyelsesdag efter sikrede er fyldt 70 år
- Første fornyelsesdag efter en sikret af en børnesundhedsforsikring er fyldt 21 år.

Flytter du på plejehjem, døgninstitution mv., skal vi have besked om dette.

8. Generelt for alle dækninger

F. TILBAGEBETALING

Hvis der er udbetalt erstatning, som det senere viser sig, at du ikke var berettiget til at modtage, skal du betale det for meget udbetalte beløb tilbage.

G. GENEREL INFORMATION

Om LB Forsikring

LB Forsikring et medlemsejet dansk forsikringsaktieselskab, der sælger skadesforsikringer i Danmark.

LB Forsikring er under tilsyn af Finanstilsynet.

LB Forsikring er omfattet af Garantifonden for Skadesforsikringsselskaber, der dækker medlemmernes krav i tilfælde af LB Forsikring A/S's konkurs.

LB Forsikring markedsfører sig under de tre forsikringsgrupper: Lærerstandens Brandforsikring, Bauta Forsikring eller Runa Forsikring.

LB Forsikring driver virksomhed fra adressen:

Amerika Plads 15
DK- 2100 København Ø
CVR-nr.: 16500836
FT-nr.: 53040

Du kan finde flere oplysninger på lbforsikring.dk eller på hjemmesiderne lb.dk, bauta.dk eller runa.dk.

1. Kommunikation

Vi indgår aftaler og kommunikerer på dansk.

Du modtager breve og dokumenter fra os digitalt, også selvom du i aftaledokumenter, vilkår m.v. kan læse, at vi bruger ord som "skriftligt", "brev" osv.

Vi sender breve og dokumenter fx tilbud, policer og opkrævninger til e-Boks, medmindre andet er aftalt med os. Når du får digital post og dokumenter i e-Boks, har det samme retsvirkning, som når du modtager fysisk post. Det betyder, at du skal åbne og kontrollere det, der sendes til dig digitalt på samme måde som almindelig fysisk post.

Når du har en forsikring i hos os, har du adgang til Min Side, som du finder på minside.lb.dk, minside.bauta.dk eller minside.runa.dk. På Min Side kan du finde oplysninger om dine forsikringer, f.eks. policeoversigter samt information om skader. Du har adgang til Min Side, så længe du har forsikringer hos os og mindst 1 år efter. Vi sender dig en e-mail til den e-mailadresse, du har oplyst, når vi sender ny post og nye dokumenter til Min Side.

Hvis du ikke ønsker at modtage oplysninger, breve og dokumenter digitalt, kan du aftale det med os.

2. Medlemsinformation og nyhedsbreve

Som en del af vores medlemsservice holder vi dig orienteret om ændringer for de forsikringer, som du har. Det betyder, at du indimellem får information, som er adresseret direkte til dig, men som du ikke har bedt om.

Du har også mulighed for at tilmelde dig vores nyhedsbrev indeholdende gode råd og tilbud på LB Forsikrings eksisterende og nye forsikringsprodukter og serviceydelser. Du er velkommen til at kontakte os, hvis du vil tilmeldes vores nyhedsbrev.

3. Behovsafdækning ved køb af forsikringer

Vi foretager en gennemgang af dine krav og behov for forsikringsdækning, når du køber en forsikring hos os. Vi giver dig herefter objektive oplysninger om forsikringen og dækningerne, du kan tilvælge. Dette så du har mulighed for at træffe en informeret beslutning om, hvordan din forsikring skal sammensættes.

Vi yder ikke rådgivning i forbindelse med salg af forsikringer.

4. Aflønning

LB Forsikrings medarbejdere modtager fast løn. LB Forsikring udbetaler bonus til medarbejdere, men den er ikke baseret på, at medarbejderne skal nå bestemte salgsmål.

5. Løbende information om dine forsikringer

På de enkelte forsikringsgruppers hjemmesider kan man på Min Side se en aktuell oversigt over sine nuværende og kommende forsikringer. En gang om året skriver vi til dig og opfordrer dig til at ajourføre dine forsikringer.

Du er altid velkommen til at kontakte os, hvis du har spørgsmål til dine forsikringer eller ønsker en gennemgang af dine forsikringer og dit forsikringsbehov.

6. Behandling af personoplysninger

I forbindelse med køb af din forsikring indsamler, registrerer og videregiver vi forskellige personoplysninger. Du kan på lbforsikring.dk/personoplysninger til enhver tid få nærmere information om, hvordan vi behandler dine personoplysninger.

7. NemKonto

Vi bruger hovedsageligt din NemKonto, når vi udbetaler penge til dig. Din NemKonto er den lovpligtige bankkonto, som de offentlige myndigheder bruger til at overføre penge til dig.

Er du i tvivl om, hvilken konto der er din NemKonto, skal du kontakte dit pengeinstitut eller ringe til NemKonto Support på telefon 33 98 00 60. Du kan læse mere om NemKonto på nemkonto.dk.

Ønsker du ikke, at udbetalinger fra os bliver overført til din NemKonto, skal du meddele os dette skriftligt.

Når vi bruger din NemKonto, sker der en elektronisk udveksling af dit cpr-nr. mellem LB Forsikring og NemKonto-systemet. Derfor har LB Forsikring pligt til at oplyse dig om følgende:

Økonomistyrelsen er ansvarlig for at oprette og drive NemKonto. Den egentlige drift af NemKonto-systemet varetager KMD A/S.

8. Generelt for alle dækninger

LB Forsikring udveksler kun oplysninger om dig med det ene formål at udbetale et eller flere beløb til din NemKonto.

Rent praktisk sker en udbetaling ved, at LB Forsikring sender en betalingsmeddelelse med dit cpr-nr. til Nets, der påfører dit NemKonto-nr., hvorefter betalingen gennemføres.

Du kan kontakte NemKonto Support for at få oplyst, hvilke oplysninger NemKonto har registreret om dig. Er oplysningerne forkerte, kan du få dem rettet.

Du kan selv se og eventuelt rette oplysningerne på nemkonto.dk
Det kræver dog, at du har en Digital Signatur eller NemID.

H. KLAGEMULIGHEDER

Er du uenig i LB Forsikrings afgørelse eller utilfreds med den måde, som vi har behandlet din sag på, kan du kontakte den afdeling, der har behandlet din sag, og bede om, at en ny medarbejder ser på sagen. Giver det ikke resultat, har du forskellige muligheder for at klage.

LB Forsikrings klageansvarlige

Du kan klage til den klageansvarlige ved at maile til klage@lb.dk eller skrive til::

LB Forsikring,
Att.: Den klageansvarlige
Amerika Plads 15
DK-2100 København Ø.

Din klage skal indeholde følgende oplysninger:

- Skadenummer/policenummer
- Navn og adresse
- En kort redegørelse for, hvorfor du er uenig eller utilfreds med vores afgørelse.

Vi vil herefter se på sagen igen. Du kan se de forventede sagsbehandlingstider på hjemmesiden.

Andre klagemuligheder

Ankenævnet for Forsikring

Ønsker du fortsat at klage over vores afgørelse, kan du indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring. Du kan læse om Ankenævnet for Forsikring og situationer, som erfaringsmæssigt giver anledning til mange klager på ankeforsikring.dk. Ankenævnet for Forsikring opkræver et gebyr, som betales tilbage, hvis du får helt eller delvis medhold i klagen.

I. FORTRYDELSESRET

Har du købt en forsikring, kan du fortryde den indgåede aftale efter forsikringsaftalelovens § 34 i.

Fortrydelsesfristen

Har du købt en forsikring, har du ret til at fortryde dit køb efter reglerne i forsikringsaftalelovens afsnit om fortrydelse.

Fortrydelsesretten er 14 dage, og fristen begynder, når du har modtaget brev om, at forsikringen er gået i kraft og din police ligger på Min Side.

Hvis du fx får brev mandag den 1. kan du fortryde aftalen til og med mandag den 15.

Hvis fristen udløber på en helligdag, en lørdag, en søndag, juleaftensdag, nytårsaftensdag eller grundlovsdag kan du vente med at fortryde til næste hverdag.

Sådan fortryder du?

Du skal give LB Forsikring besked om, at du har fortrudt inden udløbet af fortrydelsesfristen.

Ønsker du at fortryde på e-mail skal du inden fristens udløb sende en e-mail til postkasse@lb.dk, husk også her at angive policenummer.

Giver du besked pr. brev, er det tilstrækkeligt at sende brevet inden fristens udløb. Hvis du vil have bevis for, at du har fortrudt kan du sende brevet med anbefalet post og gemme kvitteringen. Du skal skrive til:

LB Forsikring
Amerika Plads 15
DK-2100 København Ø
Husk at skrive policenummeret.

Hvis du fortryder

Hvis du fortryder dit køb af forsikringen, bliver købet ophævet, og du skal ikke betale noget for forsikringen.

Det betyder også, at hvis der sker en skade i perioden, fra du har købt forsikringen, til du fortryder, er skaden ikke dækket af forsikringen.