

Forsikringsvilkår Helseforsikring - privat

Gjeldende fra 01.05.2019



INNHold

1. Hvem forsikringen gjelder for	3
2. Når forsikringen gjelder.....	3
3. Hvor forsikringen gjelder	3
4. Hva som er forsikret	4
5. Forsikringens omfang	4
6. Forsikringssum	7
7. Egenandel.....	7
8. Sikkerhetsforskrifter	7
9. Pliker ved skade	7
10. Skadevurdering og erstatningsregler	8

FORSIKRINGSAVTALEN BESTÅR AV

- forsikringsbeviset
- forsikringsvilkår og særvilkår
- generelle vilkår
- lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 (FAL)
- det øvrige lovverk

Teksten i forsikringsbeviset og særvilkår gjelder foran forsikringsvilkårene. Forsikringsbeviset og forsikringsvilkårene gjelder foran lovbestemmelser som kan fravikes.

1. Hvem forsikringen gjelder for

Avtalebakgrunn

If Skadeforsikring NUF (If) er forsikringsgiver for denne forsikringen. Vertikal Helse (VHA) er en medisinsk kompetansebedrift og ikke et forsikringselskap. Gjennom avtalen med If og VHA er Eika Forsikring AS gitt rett til å formidle og administrere forsikringen. VHA er gitt rett til å ivareta den medisinske oppfølging av alle skader.

1.1 Forsikringstaker

Forsikringstaker er den eller de som ifølge forsikringsbeviset har inngått forsikringsavtalen.

1.2 Forsikrede

Forsikringen gjelder for den eller de som er nevnt i forsikringsbeviset (forsikrede) og som har rett til behandling gjennom den norske offentlig finansierte helsevesen.

Forsikrede er den eller de som har rett til behandling under denne forsikringsavtalen.

Ektefelle, samboer og/eller barn kan knyttes til en bedriftsavtale og tegne helseforsikring mot en tilleggspremie.

Barnedekning på privatavtaler kan kun tegnes frem til den dagen barnet fyllet 21 år. Ved første hovedforfall etter barnet er fylt 21 år endres barnedekningen til en tilsvarende voksendekning. Samboer er en person som man lever i partnerskap med og som er registrert på samme bostedsadresse.

2. Når forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder i forsikringstiden. Forsikringen løper for ett år av gangen og fornyes automatisk hvis ikke forsikringstaker eller Eika/selskapet har varslet at forsikringen ikke skal fornyes.

Forsikringens ansvarstid for et godkjent behandlingsbehov er ubegrenset, forutsatt at behandlingsbehovet oppstod i forsikringstiden og inntil avtalt forsikringssum.

2.1 Opphør av forsikringen

Rettighetene for forsikringstaker opphører automatisk når avtalen opphører.

Forsikringen opphører også fra det tidspunkt den eller de forsikrede ikke lenger har rett til behandling gjennom det norske offentlig finansierte helsevesen.

3. Hvor forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder konsultasjon, utredning og behandling i Norge eller et annet land i Europa.

4. Hva som er forsikret

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige utgifter til konsultasjoner, undersøkelser og behandlinger i spesialisthelsetjenesten når:

- Forsikringstilfellet inntreffer i forsikringstiden
- Ventetiden i det offentlige helsevesen overstiger garantitiden som er spesifisert i forsikringsbeviset

Med forsikringstilfellet menes at ny henvisning utstedes i forsikringstiden av henvisende lege eller andre med henvisningsrett. Med ny henvisning menes henvisning til konsultasjoner, undersøkelser og behandlinger som ikke er igangsatt før forsikringen trådte i kraft. Henvisende lege skal være kvalifisert i henhold til kriteriene satt av Helsedirektoratet.

Alle konsultasjoner, undersøkelser og behandlinger må være skriftlig forhåndsgodkjent av Vertikal Helse.

De klinikker og sykehus Vertikal Helse benytter skal ha forsikring som dekker pasientskader. Dersom det oppstår en pasientskade under behandling utenfor Norge, gjelder pasientskadeordningen i det land behandlingen fant sted. Eika, If eller Vertikal Helse er ikke ansvarlige for pasientskader.

4.1 Garantitiden

Forsikringen kommer til anvendelse når ventetiden på en konsultasjon, undersøkelse og behandling i det offentlige helsevesenet overstiger garantitiden. Garantitiden omfatter alle dager bortsett fra lørdager, søndager og lovbestemte hellig- og høytidsdager. Det avtalte antall virkedager for garantitiden fremgår av forsikringsbeviset.

Garantitiden beregnes fra det tidspunktet Vertikal Helse har mottatt gyldig henvisning og signert fullmakt fra forsikrede. For at henvisningen skal være gyldig, må den være utstedt i løpet av de siste 12 månedene, i forsikringsperioden og være medisinsk begrunnet.

Garantitiden beregnes fra det tidspunkt den forsikrede befinner seg i Norge. Når behandlingsbehov oppstår under opphold i utlandet, må forsikrede selv dekke transportutgifter til Norge.

Vertikal Helse garanterer at første dekningsmessige undersøkelse eller behandling skal finne sted innen de garanterte antall virkedager som fremkommer av forsikringsbeviset. Dersom garantitiden ikke overholdes, utbetales en kompensasjon på 600 kroner per dag fra utløpet av garantitiden og frem til undersøkelse eller behandling igangsettes, likevel ikke lenger enn 30 dager.

Behandlingsgarantien gjelder likevel ikke dersom undersøkelsen eller behandlingen må utsettes på grunn av:

- medisinske årsaker
- når kvalitetsmessige krav tilsier behandling på særlig kvalifisert behandlingssted
- forhold utenfor Vertikal Helse sin eller behandlingsstedet sin kontroll
- forhold hos forsikrede selv

I slike tilfeller har forsikrede krav på en begrunnelse for at garantitiden ikke kan overholdes.

5. Forsikringens omfang

5.1 Formidling av behandling

Forsikringen omfatter behandlingsmetoder som er tilgjengelig i norsk offentlig helsevesen og som er basert på vitenskapelig dokumentasjon eller på etablert, anerkjent klinisk praksis i norsk medisin. Behandlingen skal være kunnskapsbasert og medisinsk nødvendig for den aktuelle skade eller sykdom.

Ved uenighet om behandlingsmetode, kan Vertikal Helse bestemme at anbefaling fra en norsk legespesialist følges. Vertikal Helse vil på bakgrunn av opplysninger om forsikrede og den

behandling den forsikrede skal ha, velge et sykehus som kan foreta behandlingen innen forsikredes garantitid.

Behandlingstiltak må rekvireres av legespesialist, og tiltakene må ha behandlende eller rehabiliterende mål og utføres av helsepersonell.

5.1.1 Konsultasjon hos legespesialist

Forsikringen omfatter konsultasjon hos legespesialist, hvis den er henvist av lege eller andre med henvisningsrett. Det samme gjelder konsultasjon hos legespesialist som er et ledd i oppfølging etter operasjon eller behandling.

Når forsikrede får et behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten, vil Vertikal Helse skaffe time hos legespesialist innen garantitiden som er definert i forsikringsbeviset, regnet fra da garantitiden begynner å løpe.

Med legespesialist menes en lege som er godkjent spesialist i henhold til kriteriene satt av Helsedirektoratet, og som utfører diagnostikk og behandling som gjøres i spesialisthelsetjenesten i det offentlige helsevesen i Norge. Spesialist i allmenntidmedisin er ikke definert som legespesialist i denne sammenheng.

5.1.2 Second opinion

Den forsikrede har krav på ny medisinsk vurdering (second opinion) på en diagnose stilt av annen legespesialist. Vertikal Helse vil fremskaffe en legespesialist som kan foreta ny vurdering av den forsikredes diagnose og behandling. Spesialist i allmenntidmedisin er ikke definert som legespesialist i denne sammenheng.

5.1.3 Operasjon og sykehusbehandling

Forsikringen omfatter rimelige og nødvendige utgifter til operasjoner, nødvendige etterkontroller, eller annen sykehusbehandling i privat spesialisthelsetjeneste, når forsikrede ikke kan behandles av det norske offentlige helsevesen innen avtalte garantitider spesifisert i forsikringsbeviset.

5.1.4 Rehabilitering

Forsikringen omfatter rehabiliteringsopphold foreskrevet av legespesialist når rehabiliteringen er forhåndsgodkjent av Vertikal Helse. Rehabiliteringen må være medisinsk nødvendig for å bedre funksjonsevnen og det må foreligge et opptreningspotensial.

5.1.5 Personlig medisinsk rådgiver

Den forsikrede vil i forbindelse med et behandlingsbehov bli tildelt en personlig medisinsk rådgiver fra Vertikal Helse som vil bistå gjennom hele behandlingsløpet.

Dersom forsikrede ønsker det, og oversender en skriftlig fullmakt til Vertikal Helse, vil en personlig medisinsk rådgiver tilby seg å informere en representant for de pårørende om forsikredes behandlingsforløp.

5.1.6 Fysikalsk behandling

Forsikringen omfatter avtalt antall behandlinger uten henvisning hos offentlig godkjent fysioterapeut, manuellterapeut, kiropraktor, osteopat som er medlem av Norsk Osteopatforbund eller naprapat som er medlem av Norges naprapatforbund. Antall behandlinger fremkommer av forsikringsbeviset og antallet gjelder innenfor en 12 måneders periode fra første behandlingsdato. Behandlinger utover det avtalte må henvises av relevant legespesialist (eksempelvis spesialist i ortopedi, fysikalsk medisin eller nevrologi) og skal være medisinsk nødvendig for å bedre funksjonsevne, sykdom eller skade. Hensikten med vurdering av relevant legespesialist er å sørge for medisinsk forsvarlig diagnostikk og behandling. Spesialist i allmenntidmedisin er ikke definert som legespesialist i denne sammenheng.

Ved behov for fysikalsk behandling etter en operasjon, er det ingen begrensning i antall behandlinger forutsatt at behandlingen er rekvirert av behandlende lege.

5.1.7 Psykolog

Forsikringen omfatter behandling hos psykolog uten henvisning. Antall behandlinger fremkommer av forsikringsbeviset. Behandlingen må skje innenfor en 12 måneders periode fra første behandlingsdato, og det må gå 12 måneder fra siste behandling er dekket av forsikringen før nye behandlinger for samme skade kan kreves dekket.

5.1.8 Psykologisk førstehjelp

Forsikringen omfatter 12 timer psykologisk førstehjelp som følge av psykiske reaksjoner som skyldes plutselig og uforutsett hendelse som vold, ran, trafikkulykke eller dødsfall når forsikrede selv blir rammet av eller er til stede ved slike hendelser uten selv å være fysisk skadet. Dekningen gjelder også for alle medlemmer av den forsikredes faste husstand.

5.1.9 Medisiner

Forsikringen omfatter medisiner foreskrevet av legespesialist i forbindelse med en dekningsmessig behandling, begrenset til 3 måneder etter at behandlingen har funnet sted.

5.1.10 Reise og opphold

Forsikringen omfatter følgende reise- og oppholdsutgifter:

- Reiseutgifter erstattes etter Statens satser for pasientreiser dersom reiseavstand mellom hjem og behandlingssted er over 5 mil én vei, eller kostnader over 500 kroner.
- Fly- og hotellbestillinger når dette foretas av Vertikal Helse.
- Diettgodtgjørelse dekkes etter Statens satser for pasientreiser.
- Losji dekkes etter forhåndsgodkjenning fra Vertikal Helse hvis det foreligger medisinsk indikasjon.

Utgifter til en reiseledsager kan dekkes dersom det er medisinsk nødvendig og det er avtalt med Vertikal Helse på forhånd.

5.1.11 Rus- og spillavvenning

Etter forhåndsgodkjenning av Vertikal Helse dekker forsikringen utgifter til rus- og spillavvenning med inntil 150 000 kroner.

Behandling må være henvist av lege og forsikringen dekker behandling én gang per forsikringsår.

Forsikringen dekker avvenning fra:

- alkohol
- narkotika
- vanedannende medisiner
- spill

5.2 Hva forsikringen ikke omfatter

5.2.1 Forsettlig selvpåført skade eller sykdom

Forsikringen omfatter ikke forsettlig selvpåført skade eller sykdom.

5.2.2 Øyeblikkelig hjelp og akutt behandling

Forsikringen omfatter ikke akuttmedisinske tilfeller.

5.2.3 Allmennlege og spesialist i allmenntilleggsmedisin

Forsikringen omfatter ikke konsultasjon hos allmennlege og spesialist i allmenntilleggsmedisin.

5.2.4 Psykiater og behandling i psykiatrisk institusjon

Forsikringen omfatter ikke behandling hos psykiater eller behandling ved psykiatrisk institusjon.

5.2.5 Forebyggende behandling, vaksinasjoner m.m.

Forsikringen omfatter ikke forebyggende behandling, vaksinasjoner, helseundersøkelser og screeningundersøkelser.

5.2.6 Brillor, linser, synstest m.m.

Forsikringen omfatter ikke brillor, linser, synstest, operative inngrep som synskorrigerende kirurgi, laserkirurgi, eller laserkirurgi med formål å korrigere brytningsfeil i øyet når dette ikke skyldes en dekningsmessig skade.

5.2.7 Tannbehandling

Forsikringen omfatter ikke tannbehandling inkludert tannsykdommer i tannkjøttet eller tannskade uansett årsak.

5.2.8 Transplantasjon

Forsikringen omfatter ikke organdonasjon eller transplantasjon.

5.2.9 Dialysebehandling

Forsikringen omfatter ikke dialysebehandling.

5.2.10 Prevensjon, ufrivillig barnløshet, svangerskap og medfødte misdannelser

Forsikringen omfatter ikke:

- utredninger og behandlinger knyttet til prevensjon
- utredninger og behandlinger knyttet til ufrivillig barnløshet
- fosterdiagnostikk eller oppfølging knyttet til svangerskap
- utredninger og behandlinger knyttet til medfødte misdannelser

5.2.11 Kosmetisk kirurgi

Forsikringen omfatter ikke kosmetisk kirurgi med mindre det er indisert på bakgrunn av skader eller sykdom den forsikrede har pådratt seg i forsikringsperioden og skaden har forsikringsmessig dekning.

5.2.12 Utredning og behandling av overvekt

Forsikringen omfatter ikke slankeoperasjoner og annen behandling knyttet til overvekt, dersom det ikke kan dokumenteres normal BMI (18,5 – 24,9) ihht WHO/Europe, på innmeldingstidspunktet.

5.2.13 Forebyggende behandlinger

Forsikringen omfatter ikke forebyggende fjerning av bryst, livmor eller eggstokker på bakgrunn av gentester.

5.2.14 Manglende oppmøte

Forsikringen omfatter ikke utgifter til avtalt konsultasjon, behandling eller operasjon når forsikrede ikke møter.

6. Forsikringssum

Forsikringssummen fremkommer av forsikringsbeviset.

7. Egenandel

Dersom egenandel er avtalt fremgår dette av forsikringsbeviset.

8. Sikkerhetsforskrifter

For denne forsikringen gjelder ingen spesielle sikkerhetsforskrifter.

9. Plikter ved skade

9.1 Varsling om behandlingsbehov

Vertikal Helse skal varsles om behandlingsbehovet så raskt som mulig etter at behandlende lege har henvist til legespesialist, eller foreskrevet en behandling eller operasjon.

9.2 Opplysningsplikt og dokumentasjon

Forsikringstaker plikter å fremskaffe og fremlegge all nødvendig dokumentasjon som bekrefter at de omstendighetene som førte til spesialistkonsultasjon, behandling og/eller operasjon er dekket av forsikringen, og nødvendig dokumentasjon for å kunne fastsette grunnlaget for kravet.

Vertikal Helse forbeholder seg retten til å foreta tilleggsundersøkelse i forbindelse med forsikringstilfellet for å fastslå riktigheten av erstatningskravet. Den forsikrede skal gi Vertikal Helse all mulig bistand i denne forbindelse, herunder delta på medisinsk undersøkelse etter anmodning fra Vertikal Helse.

9.3 Fullmakt

Forsikrede eller forsikrede barns foresatte skal ved inntruffet forsikringstilfelle underskrive fullmakt hvor de samtykker til at Vertikal Helse kan innhente uttalelse og relevante opplysninger fra alle leger, helsepersonell og helseinstitusjoner hvor den forsikrede har vært til undersøkelse og/eller behandling, både forut for tidspunktet vedkommende ble forsikret og senere.

Forsikrede fritar med fullmakten leger, helsepersonell og helseinstitusjoner fra taushetsplikt. Dette inkluderer svar på alle relevante spørsmål som Vertikal Helse måtte finne nødvendig for behandling av forsikringssaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av forsikredes rettigheter under forsikringen.

9.4 Forsikredes kontaktinformasjon ved krav på erstatning

Forsikrede forplikter seg til å holde Vertikal Helse informert om hvordan forsikrede løpende kan kontaktes i garantitiden og i forbindelse med øvrige rettigheter forsikrede gjør krav på etter forsikringsavtalen.

Dersom forsikrede ikke så snart som mulig, og senest inn tre uker besvarer henvendelser fra Vertikal Helse, vil det medføre at forsikrede mister sin rett til et behandlingstilbud i det aktuelle forsikringstilfellet. Vertikal Helse vil da avslutte saken ved å sende et brev om dette til forsikrede.

Dersom det offentlige dekker utgifter som forsikrede har hatt og fått dekket av If, har If ved Vertikal Helse krav på å få refundert disse utgiftene så langt det er dekket av det offentlige. Forsikrede skal i denne forbindelse gi Vertikal Helse fullmakt til å kreve refusjon fra relevant offentlig myndighet.

10. Skadevurdering og erstatningsregler

10.1 Erstatningsutbetaling

Vertikal Helse utbetaler på vegne av If de utgifter som dekkes av forsikringen. Vertikal Helse utbetaler først når forsikringskravet er mottatt fra forsikringstaker. Utbetaling forutsetter skriftlig melding fra forsikringstaker og behandlende lege sammen med gyldig fullmakt.

10.2 Renter

If skal betale rente av erstatning eller forsikringssum når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til If ved Vertikal Helse.

10.3 Foreldelse

Krav på erstatning foreldes etter tre år. Foreldelsesfristen begynner fra utløpet av det kalenderår da den forsikrede fikk nødvendig kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Kravet foreldes likevel senest ti år etter utløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff.

10.4 Klageadgang

Forsikringstakeren, forsikrede eller andre som måtte ha rettigheter etter denne forsikring, kan påklage Selskapets avgjørelse i forbindelse med forsikringsoppgjør eller håndtering av forsikringsavtalen. Alle klager skal rettes til:

For forhold knyttet til skadehåndtering/forsikringsoppgjør:

Vertikal Helseassistanse AS

Postboks 193 Skøyen
0212 OSLO

For forhold knyttet til forsikringsavtalen:

Eika Klageordning

Postboks 332

2303 Hamar

klageordning@eika.no

Dersom forsikringstaker, forsikrede eller andre som måtte ha rettigheter etter denne forsikring, mener Selskapet har begått feil i saker som gjelder forsikringsavtalen eller erstatningsoppgjøret, kan det klages direkte til:

Finansklagenemnda

Postboks 53, Skøyen

0212 OSLO