

Forsikringsavtalen består av forsikringsbevis og forsikringsvilkår. Beviset gjelder foran vilkårene. Beviset viser hvilke dekninger som er valgt og hva som er bedriftens ansvar. Vilråene sier hva forsikringen dekker, hvilke unntak som gjelder og hvordan erstatningen beregnes. Bestemmelser som gjelder alle deler av forsikringen kommer først. Deretter kommer bestemmelser for hver dekning. I tillegg gjelder Generelle vilkår (vilkårsnummer BGE90080) for alle våre forsikringer.

Behandlingsforsikring - Vilkår BBPSH379

Vilkår av 01.09.2017. Avløser vilkår av 01.12.2016.

1. Hvem forsikringen gjelder for

Forsikrede kan være:

- ansatt hos forsikringstaker
- innehaver av personlig eiet firma
- foreningsmedlem.

Barn* og ektefelle/samboer** eller registrert partner kan medforsikres.

Forsikringen gjelder for den eller de som er nevnt i forsikringsbeviset.

*Barn

Barn under 21 år som bor fast hos den ansatte kan medforsikres.

Med barn menes arbeidstakers biologiske barn, stebarn, adoptivbarn og surrogatibarn. Stebarn er barn av forsikredes

ektefelle eller samboer som forsikrede forsørger. Adopterte barn og surrogatibarn er omfattet av forsikringen fra foreldrene har overtatt den daglige omsorgen.

**Samboer

Som samboer regnes person som forsikrede lever sammen med i ekteskapslignende forhold, hvis det i folkeregisteret fremgår at de to har felles bolig.

Forsikrede og medforsikrede må være:

- fast bosatt i Norden (unntatt Færøyene og Grønland), og
- medlem av norsk folketrygd eller tilsvarende ordning i Norden.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen kan være satt sammen av flere dekninger. Det fremgår av forsikringsbeviset hvilke dekninger som er valgt.

2.1. Tilfeller som kan gi rett til erstatning

Forsikringen kan gi rett til erstatning for utgifter til medisinsk nødvendig behandling ved:

- skade
- sykdom

Forsikringstilfellet inntreffer på det tidspunkt det foreligger en henvisning til behandling, fra behandler med henvisningsfullmakt. Hver henvisning regnes som ett forsikringstilfelle. Henvisning til utredning og behandling vurderes separat. Hvilken behandlingsform som er dekket av forsikringen, er beskrevet nærmere i den enkelte dekning.

Henvisningen må være utstedt i forsikringstiden. Alle utgifter skal være forhåndsgodkjent av selskapet. Henvisende lege må utøve sin virksomhet i Norden.

Behandlingen må kunne helbrede eller utbedre sykdommen eller skaden med utsikt til varig resultat. Den må være ansett som medisinsk nødvendig, rasjonell og riktig for den aktuelle lidelse ut fra gjeldende praksis i offentlige sykehus. Selskapets rådgivende lege skal konfereres ved vurdering av hva som er medisinsk nødvendig.

Unntak

Selskapet erstatter ikke utgifter til avtalt behandling dersom forsikrede uteblir. Dette gjelder ikke når uteblivelsen skyldes forhold utenfor forsikredes kontroll.

Selskapet dekker ikke utgifter til undersøkelser eller behandling som utføres av forsikredes ektefelle, samboer, foreldre, barn eller av en virksomhet som drives av en av disse. Selskapet dekker ikke utgifter knyttet til undersøkelse og/ eller behandling som den forsikrede selv rekvirerer.

2.2. Forsikringssum

Forsikringssummen er ubegrenset for behandling som foretas under forsikringen.

2.3. Forhåndsgodkjenning

BehandlingsService skal forhåndsgodkjenne all medisinsk utredning, behandling og andre utgifter som kreves dekket under forsikringen. Utgifter som ikke er forhåndsgodkjente, vil ikke bli erstattet.

BehandlingsService kan kontaktes på telefon (+47) 815 45 400.

3. Hvor behandlingen kan utføres

Forsikringen gjelder behandling i Norden ved private klinikker/sykehus som selskapet har inngått avtale med. Finner ikke selskapet ledig kapasitet/kompetanse i Norden

kan selskapet henvide til spesialisthelsetjeneste som selskapet har avtale med i Europa for øvrig.

4. Når forsikringen gjelder

4.1. Når det skal avgis helseerklæring

Forsikringen gjelder fra det tidspunkt selskapet har mottatt søknad med fullstendige helseopplysninger (søknadstidspunktet) og helseopplysningene er godkjent av selskapet, tidligst fra avtalens ikrafttreden.

På bakgrunn av helseopplysninger som foreligger på søknadstidspunktet, kan selskapet ta forbehold om ansvar for sykdom, skade eller lyte eller gi avslag på søknaden.

Hvis søknaden blir godkjent uten forbehold, gjelder forsikringen fra søknadstidspunktet.

Hvis søknaden blir godkjent med forbehold, gjelder forsikringen og forbeholdet fra søknadstidspunktet.

For forsikrede som ansettes etter at forsikringen er trådt i kraft, starter selskapets ansvar den dagen forsikrede tiltrer sin stilling, forutsatt at helseopplysningene blir godkjent.

For medforsikrede barn og ektefeller/samboere som skal levere helseerklæring gjelder forsikringen fra det tidspunkt selskapet har mottatt søknad med fullstendige helseopplysninger (søknadstidspunktet) og helseopplysningene er godkjent av selskapet, tidligst fra avtalens ikrafttreden.

4.2. Når det ikke skal avgis helseerklæring

Når forsikringstaker skal levere arbeidsdyktighetserklæring for sine ansatte, starter selskapets ansvar ved avtalens ikrafttreden. Dette forutsetter at forsikringstaker skriftlig erklærer at de ansatte er 100% arbeidsdyktig på det tidspunkt erklæringen fylles ut.

For personer som ansettes etter at forsikringen er trådt i kraft, starter selskapets ansvar den dagen forsikrede tiltrer sin stilling. Dette forutsetter at forsikringstaker skriftlig erklærer at den ansatte er 100% arbeidsdyktig på det tidspunkt erklæringen fylles ut.

For ansatte som er midlertidig arbeidsudyktig når forsikringen trer i kraft, starter selskapets ansvar den dag forsikringstaker skriftlig erklærer overfor selskapet at den ansatte er 100% arbeidsdyktig.

Når det ikke skal leveres helseerklæring starter selskapets ansvar å løpe fra avtalens ikrafttreden for medforsikrede barn og ektefeller/samboere, forutsatt at vilkårene i punkt 1 er oppfylt.

For barn og ektefeller/samboere som kommer til etter avtalens ikrafttreden, starter selskapets ansvar å løpe fra det tidspunkt vilkårene i punkt 1 er oppfylt.

5. Opphør

For forsikrede

For ansatte i bedrifter med 1-5 ansatte, og for innehaver av personlig eiet firma, opphører forsikringen ved første hovedforfall etter at forsikrede er fylt 67 år hvis ikke annen opphørsalder er avtalt eller når arbeidsforholdet avsluttes. For ansatte i bedrifter med flere enn 5 ansatte, opphører forsikringen når arbeidsforholdet avsluttes eller ved avtalt opphørsalder som fremgår av avtaledokumentet. Forsikringen opphører når forsikrede ikke lenger oppfyller vilkårene i punkt 1.

For foreningsmedlemmer

For foreningsmedlemmer opphører forsikringen når:

- forsikrede har fylt 67 år
- forsikrede ikke lenger er medlem av foreningen

For medforsikrede

For medforsikret ektefelle, samboer eller registrert partner opphører forsikringen når:

- medforsikrede når avtalt opphørsalder
- forsikringen ikke lenger gjelder for innehaver eller ansatt ektefelle, samboer eller registrert partner.

Ved separasjon eller skilsmisse, eller når forsikret ansatt eller innehaver ikke lenger har samboer, trer medforsikret ektefelle, samboer eller registrert partner ut av forsikringen ved utløpet av den perioden det er betalt premie for. Forsikret ansatt eller innehaver har ikke lengre ektefelle, samboer eller registrert partner etter den dag det er avsagt dom for eller gitt bevilling til separasjon eller skilsmisse. Det samme gjelder for samboer etter at fraflytting har funnet sted.

For medforsikrede barn opphører forsikringen når barnet fyller 21 år.

6. Ansvarstid

Opphører forsikringen, erstatter selskapet utgifter til behandling i inntil 12 måneder for forsikringstilfeller som er anmeldt og godkjent av selskapet i forsikringstiden. Flyttes

forsikringen til et annet forsikringsselskap, erstattes utgifter til behandling i inntil 3 måneder etter at avtalen opphørte.

7. Ansvarsbegrensning

Erstatningsansvar for feil som oppstår i forbindelse med den medisinske behandling eller operasjon, er den enkelte leges

og/eller klinikkets eget ansvar. Dette gjelder all behandling som utføres under behandlingsforsikringen.

8. Garantitid

Garantitid er den maksimale tiden forsikrede må vente på undersøkelse, innleggelse, behandling eller operasjon.

undersøkelse eller behandling kan tilbys. Maksimal samlet kompensasjon er kr 10 000.

Garantitiden utgjør 14 virkedager og løper fra dagen etter at selskapet har mottatt fullstendig og nødvendig dokumentasjon for den anbefalte behandling, tidligst fra dagen etter at BehandlingsService har mottatt henvisningen. Garantitiden gjelder for første undersøkelse, innleggelse, behandling eller operasjon for den aktuelle ulykkesskade eller det aktuelle sykdomstilfellet, som forsikrede har fått tilbud om.

Unntak

Garantien gjelder ikke hvis innleggelse, behandling eller operasjon må utsettes på grunn av:

- medisinske årsaker
- forhold utenfor selskapets eller medisinsk tjenesteyters kontroll
- forhold hos forsikrede selv.

Hvis selskapet ikke innfrir garantitiden, vil forsikringstaker få en kompensasjon på kr 500 per dag inntil den dag

Garantien gjelder ikke ved behandling hos psykiater eller ved behandling for rus- og spilleavhengighet.

9. Definisjoner

Arbeidsdyktig

Med 100 % arbeidsdyktig menes at arbeidstakeren ikke er sykemeldt, under aktiv sykemelding, attføring, rehabilitering eller er tilstått noen form for uføreytelse fra NAV.

Behandling

Terapeutisk tiltak som utføres i den hensikt å helbrede eller utbedre sykdom og/ eller skade. Behandling skal utføres av legespesialist, fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, manuell terapeut, klassisk akupunktør eller psykolog.

Behandlingsinstitusjon

Det sykehus eller den klinikk hvor medisinsk undersøkelse, behandling og etterbehandling utføres av autorisert personell.

Forsikrede

Den person hvis helse forsikringen gjelder for.

Forsikringstaker

Den som inngår forsikringsavtale med selskapet.

Forsikringstiden

Tiden den forsikrede er omfattet av forsikringen i selskapet, det vil si fra det tidspunktet forsikringen trer i kraft for den enkelte forsikrede og inntil den opphører for forsikrede.

Helbrede

Et tiltak for å oppnå fullstendig symptomfrihet og normalisering av funksjoner, etter sykdom eller skade.

Legespesialist

Lege som innehar godkjent fagspesialitet i henhold til kriterier satt av Den norske legeförening og offentlig myndighet. Spesialist i allmennmedisin er ikke definert som legespesialist i denne sammenheng.

Medisinsk nødvendig behandling

Medisinsk behandling anses nødvendig når tilstanden og/eller sykdommen som ligger til grunn vil medføre konsekvens for livslengde og/eller funksjonsevne og uteblivelse av behandling vil medføre en negativ endring av prognose. Med behandling menes tiltak/prosedyrer som kan kurere, eller utbedre, sykdommen eller skaden og som i det offentlige sykehus/spesialistmiljø ansees som rasjonell og riktig for den aktuelle lidelse. Kosmetisk kirurgi og følgetilstander av dette anses ikke som medisinsk nødvendig.

Nordiske

Med de nordiske medisinske spesialistmiljø menes, medisinsk spesialistmiljø i Norge, Sverige, Finland, og Danmark (eksklusive Grønland og Færøyene).

Samboer

Som samboer regnes person som forsikrede lever sammen med i ekteskapsliggende forhold hvis det i Folkeregisteret

fremgår at de to har hatt samme bolig de to siste årene, eller person som har felles barn og felles bolig med forsikrede.

Skadetilfelle

Sykdom eller legemsskade som rammer forsikrede i forsikringstiden.

Sykdom

Forstyrrelse av normale fysiologiske tilstander og prosesser i ett eller flere organer, som gir eller vil gi, kroppslig ubehag, og som fører til mer enn ubetydelig nedsatt og/eller forstyrret fysiologisk funksjonsevne.

Symptomfri

Tilstand uten tilstedeværelse av de symptomer og plager som er forbundet med den aktuelle lidelse eller komplikasjoner (følger) av denne.

Utbedre

Behandlingstiltak som medfører en vesentlig bedring av symptomer og plager etter sykdom eller skade.

Varig

Med varig menes, i relasjon til behandling, en vedvarende stabil tilstand etter sykdom eller skade ut over en periode på 12 måneder.

10. Selskapets rett til å endre vilkår og premie ved fornyelse

Selskapet forbeholder seg rett til å endre forsikringsvilkårene og premien ved fornyelse av forsikringsavtalen.

11. Regress

Kan arbeidstaker forlange at tredjemann erstatter skaden, inntretr selskapet i arbeidstakerens rett mot tredjemann ved utbetaling av erstatning, se lov om skadeserstatning 13. juni 1969, skl., § 3-7 nr. 3.

Skadelidte og forsikringstakeren har plikt til å gi selskapet alle opplysninger som er tilgjengelige for dem og som er av betydning for gjennomføring av selskapets regress.