

Forsikringsvilkår Eika Helseforsikring

Gjeldende fra 16.09.2017



INNHold

| | |
|--|----|
| 1. Generelt om forsikringsvilkårene | 3 |
| 2. Bakgrunn | 3 |
| 3. Eika Helseforsikring..... | 3 |
| 4. Helseassistanse knyttet til helseforsikringen | 9 |
| 5. Oppsigelse og endring av avtalen | 10 |
| 6. Force majeure..... | 10 |
| 7. Behandling av klager, tvister og søksmål..... | 10 |
| 8. Tillegg til standard helseforsikringsavtale for bedrifter | 11 |

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. Generelt om forsikringsvilkårene

Forsikringen gir rett til spesialistbehandling innen avtalt garantitid for behandling som tilbys i det offentlige helsevesen og hvor ventetiden overstiger garantitiden.

Disse forsikringsvilkårene suppleres av LOV 1989-06-16 nr 69: Lov om Forsikringsavtaler som gjelder der ikke annet er avtalt.

2. Bakgrunn

Gjennom avtalen med If Skadeforsikring NUF og Vertikal Helseassistanse (VHA) er Eika Forsikring AS gitt rett til å formidle og administrere forsikringen. VHA er en medisinsk kompetansebedrift og ikke et forsikringsselskap.

Eika Forsikring AS drifter som forsikringsformidlingsagent i henhold til EU direktiv av 2002 / 92 / EF og Lov 10. juni 2005 nr. 41. Selskapet er underlagt Finanstilsynets tilsynsmyndighet og følger bransjens normer.

2.1 Avtalebakgrunn

Bakgrunnen for disse Forsikringsvilkår er en forsikringsavtale inngått med Forsikringstaker. En Forsikringstaker kan være privatperson, arbeidsgiver, interesseorganisasjon eller medlemsorganisasjon. De personene som er definert i forsikringsavtalen, skal omfattes av Eika Helseforsikring formidlet av Eika Forsikring AS på vegne av If og VHA.

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

Rettigheter under denne avtale avhenger av at Forsikringstakeren har oppfylt sine forpliktelser i henhold til forsikringsavtalen, herunder at det ikke foreligger mislighold med innbetaling. Forsikringen kan bortfalle etter bestemmelsene i denne forsikringsavtale eller Lov om forsikringsavtaler.

3. Eika Helseforsikring

3.1 Definisjoner

Med mindre annet fremgår av sammenhengen betyr følgende:

Barnedekning

Barnedekning kan kun tegnes på privatavtaler frem til den dagen barnet fyller 21 år. Ved første hovedforfall etter fylte 21 år endres barnedekningen til en tilsvarende voksen dekning.

Behandling

Tiltak som har diagnostisk, behandlende eller rehabiliterende mål, og som utføres av helsepersonell.

Erstatning

Utredning og behandlingsutgifter dekket under forsikringsvilkårene.

FAL

Lov av 16.06.89 nr 69 om forsikringsavtaler.

Forsikrede

Den enkelte person som har rett til behandling ihht forsikringsavtalen.

Forsikringstaker

Premiebetalende privatperson, arbeidsgiver, interesseorganisasjon eller medlemsorganisasjon som den Forsikrede er tilknyttet.

Forsikringsperiode

Tidspunktet fra Forsikringstakeren har inngått avtale om forsikringen og ett år fremover med mindre annet er avtalt mellom partene.

Forsikringsvilkår

Disse Forsikringsvilkår og eventuelle skriftlige tillegg til forsikringsvilkårene eller tillegg utstedt av Selskapet etter særskilt avtale.

Garantitid

Tiden fra behovet for diagnostikk, behandling/ rehabilitering er dokumentert ihht Forsikringsvilkårene og til Vertikal Helseassistanse AS (VHA) har forpliktet seg til å formidle disse tjenestene.

Kunnskapsbasert medisin

Medisinsk diagnostikk og behandling basert på vitenskapelig dokumentasjon eller på etablert, anerkjent klinisk praksis i norsk medisin.

Lege

Lege som er kvalifisert ihht til kriteriene satt av Den norske legeforening. Med rett til å behandle årsakene til og følgene av medisinske problemer som omfattes av helseforsikringen. Denne personen kan ikke være slektning eller nær venn av den Forsikrede.

Legespesialist

Lege som er godkjent spesialist ihht til kriteriene satt av Den norske legeforening med en spesialistkompetanse og som utfører diagnostikk og behandling som faller inn under spesialisthelsetjenesten. Dvs. at spesialist i allmenntilleggsmedisin ikke er definert som legespesialist i denne sammenheng.

Samboer

Person som man lever i partnerskap med og som er registrert på samme folkeregisteret adresse.

«Second Opinion»

Tilbud om ny vurdering fra en annen Legespesialist på en allerede stilt diagnose.

Selskapet

If Skadeforsikring NUF er forsikringsgiver for denne forsikringen.

Skadetilfelle

En helsetilstand som fører til at pasienten settes på venteliste for en eller flere behandlinger.

Somatisk

Somatikk kalles den delen av medisinen som refererer til den fysiske delen av kroppen. I motsetning til psykiatri som omhandler psykiske lidelser og behandling av disse.

Sykehus

En institusjon som oppfyller følgende kriterier:

Har diagnostiske og terapeutiske muligheter for kirurgisk og medisinsk behandling og pleie av skadede og syke under overvåking av leger; og kan sørge for kontinuerlig pleie under kontroll av autorisert helsepersonell. Sykehus omfatter ikke institusjoner for sinnslidende, sykehjem eller behandlingssted for rusavhengighet eller en lignende.

Sykehusopphold

Behandling av den Forsikrede på sykehus etter henvisning fra Legespesialist i forbindelse med operasjon, behandling eller spesialistkonsultasjon. Henvisningen skal være forhåndsgodkjent av VHA.

Virkedager

En virkedag er definert som alle dager bortsett fra lørdager, søndager og lovbestemte helge- og høytidsdager.

3.2 Forsikringsperiode, fornyelse og om Forsikrede under forsikringsavtalen

Er ikke annet lovbestemt eller avtalt, begynner Selskapets ansvar å løpe når Forsikringstakeren eller Selskapet har godtatt de vilkår som den annen part har stilt. Har Selskapet sendt skriftlig aksept til

Forsikringstakeren, løper Selskapets ansvar fra kl. 00:00 den dag da aksepten ble sendt, dersom anmodning om forsikring var kommet til Selskapet senest dagen før, jf. FAL § 3-1.

Forsikringen gjelder i ett – 1 – år av gangen fra Selskapets ansvar begynner å løpe, hvis ikke annet er avtalt eller følger av avtalen om forsikringen. Denne periode omtales som «Forsikringsperioden». Fornyelse av denne avtale skjer automatisk for ett – 1 – år av gangen hvis ikke annet er meddelt Selskapet innen avtalens utløp.

Forsikring kan tegnes for personer som har rett til behandling gjennom det offentlige finansierte helsevesen. Der forsikring er tegnet for flere enn Forsikringstaker, samboer/ektefelle og/eller barn, kan disse personene meldes inn og ut i avtaleperioden.

Rettighetene for Forsikringstaker opphører automatisk når avtalen opphører. Den Forsikredes rettigheter på saker som enda ikke er meldt Selskapet bortfaller fra samme tidspunkt. Der den Forsikredes rettigheter etter denne avtalen er knyttet til en annen Forsikringstakers polise, opphører forsikringsdekningen automatisk på tidspunktet avtalen mellom Forsikrede og Forsikringstaker opphører.

Den Forsikrede kan imidlertid fortsatt være dekket etter at ansettelsesforholdet eller tilknytningsforholdet mellom den Forsikrede og Forsikringstaker opphører, dersom det inngås separat avtale om dette.

For bestemmelser om oppsigelse, opphør og fornyelse av avtalen, vises det for øvrig til pkt. 5.

3.3 Betalingsbetingelser – premiegrunnlag

Premien dekker produktet Eika Helseforsikring, inkludert forsikringen gitt av Selskapet. Prisfastsettelsen skjer etter egen forsikringsavtale. Forsikringsavtalen gjelder de personene som er skriftlig innmeldt. Krav etter forsikringsavtalen skal imøtekommes innen de tidsfrister som er angitt i forsikringsbeviset. Summen skal betales til klientkonto for Selskapet ved VHA. Forfall er innen tretti – 30 – dager etter inngått forsikringsavtale, om ikke annet er avtalt.

Dersom det i forsikringsbeviset ikke er tatt forbehold om at premiebetaling er et vilkår for at Selskapets ansvar skal begynne å løpe, forfaller premien ved påkrav i samsvar med forsikringsavtalen. Betalingsfristen skal være minst tretti – 30 dager fra den dag det er sendt premievarsel til Forsikringstakeren.

Hvis Forsikringstaker i Forsikringsperioden ønsker å melde nye personer inn i forsikringen, vil det kunne gjøres mot en tilleggspremie. Hvis Forsikringstaker i Forsikringsperioden ønsker å melde Forsikrede ut av forsikringen, vil Forsikringstaker motta en tilbakebetaling av premie. Denne tilbakebetalingen vil være proporsjonal med den tid som på tidspunktet for endelig opphør, jf. pkt. 5, gjenstår av avtaleperioden. Selskapet har rett til innsyn hos Forsikringstaker for å kontrollere hvorvidt erstatningssøker er medlem av forsikring ihht premiegrunnlaget. Selskapet vil ikke kreve gebyr for kostnader ved at forsikringen opphører i Forsikringsperioden.

3.4 Forsikringens dekningsområder

3.4.1 Forsikring

Denne forsikringen gjelder Somatiske ikke-akutte operasjoner, behandlinger og spesialistkonsultasjoner hvor ventetiden i et offentlig norsk helsevesen overstiger Garantitiden som er spesifisert i forsikringsbeviset.

3.4.2 Forsikringsdekning

Maksimalt dekningsbeløp er NOK 5 000 000 per Forsikrede per Skadetilfelle.

3.4.3 Erstatning – dekning av godkjente utgifter

Selskapet dekker rimelige og nødvendige utgifter til operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon for Forsikrede i sykehus eller privat spesialisthelsetjeneste, når Forsikrede ikke kan behandles av det offentlige helsevesen innen avtalte Garantitider spesifisert i forsikringsbeviset. Utgiftene skal være skriftlig forhåndsgodkjent av VHA. Dersom behandlingen/operasjonen ikke kan utføres av det offentlige helsevesen i løpet av Garantitiden dekker forsikringen også rimelige og nødvendige reise- og oppholdskostnader.

Utgifter som kan dekkes omfatter blant annet sykehusopphold inklusive mat og alkoholfrie drikker. Videre omfattes klinisk behandling og pleie, operasjoner og anestesi, legehonorarer, legemidler og bandasjer under sykehusoppholdet/spesialistkonsultasjonen, postoperativ rehabilitering og rekonvalesens og patologi, samt forhåndsgodkjent transport. For at en behandling skal godkjennes, må den være foreskrevet av en Legespesialist.

Fysioterapi og andre behandlingstiltak må rekvireres av Legespesialist og dekkes i henhold til det foreskrevne antall behandlinger.

Forsikringen omfatter behandling ved psykiske plager med inntil 10 behandlingstimer hos psykolog, innenfor en 12 måneders behandlingsperiode fra første behandlingsdato.

Dersom den forsikrede har vært symptomfri og uten behandling i 12 måneder, dekker forsikringen inntil 10 nye behandlingstimer. Dersom det inntreffer et nytt behov som ikke står i årsaksmessig sammenheng med det tidligere behandlingsbehovet, dekker forsikringen inntil 10 behandlingstimer uavhengig av om det har gått 12 måneder.

Dekning av utgifter til behandling hos psykolog/ psykiater etter henvisning fra lege. Forsikringen dekker ikke manisk depressive lidelser.

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.

Forsikringssummen utbetales fra Selskapet til VHA til dekning av forskutterte utgifter til operasjon/behandling. I tillegg dekkes eventuelle utlegg Forsikrede har hatt i forbindelse med utført operasjon/behandling på norske eller europeiske behandlingssteder. Alle utlegg skal være skriftlig forhåndsgodkjent av VHA.

3.5 Unntak og begrensninger

3.5.1 Samlet ansvar

Selskapets samlede ansvar for alle godkjente utgifter i løpet av Forsikringsperioden er begrenset til forsikringsdekningen.

3.5.2 Forsikringen gjelder ikke følgende medisinske tilstander:

A. Sykdom eller skade der det er startet utredning eller behandling eller der det foreligger et behandlingsbehov på det tidspunkt forsikringen tegnes.

B. Kosmetisk kirurgi, inkludert synskorrigerende kirurgi med mindre det er indisert på bakgrunn av skader/sykdom den forsikrede har pådratt seg i Forsikringsperioden.

C. Tannbehandling inkludert sykdommer i tannkjøttet.

D. Utredninger og behandlinger knyttet til prevensjon, infertilitet (barnløshet), graviditet og medfødte misdannelser.

E. Sterilisering, eller operasjoner som har til hensikt å oppheve effekten av eller lindre plagene etter tidligere utførte steriliseringer.

F. Kjønnsskifteoperasjoner.

G. Donasjoner eller transplantasjon av organer eller kroppsvev.

H. Akuttmedisinske tilfeller.

I. Konsultasjoner, undersøkelser og operasjoner som er et resultat av tidligere utførte konsultasjoner, undersøkelser og operasjoner utført før Forsikringen trådte i kraft, eller som er et resultat av ikke dekningsmessige operasjoner i Forsikringsperioden.

J. Slankeoperasjoner og annen behandling knyttet til overvekt, dersom det ikke kan

dokumenteres normal BMI, 18,5-24,9 ihht WHO/Europa, på innmeldingstidspunktet.

K. Regelmessige undersøkelser og konsultasjoner hvor det ikke foreligger mistanke om somatisk sykdom.

3.5.3 Unntak for erstatning

Rett til erstatning foreligger ikke dersom omstendighetene som fører til operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon helt eller delvis, direkte eller indirekte er forårsaket av:

A. Forsettlig selvpåført skade eller sykdom eller den Forsikredes alkoholisme eller inntak av narkotika (som ikke er foreskrevet av lege) eller inntak av legemidler ut over produsentens anvisning, eller misbruk av løsningsmiddel eller vanedannende forhold av enhver art.

B. Krig, invasjon, fremmedfiendtlig handling, terrorhandling, krigshandling (enten krig er erklært eller ikke), borgerkrig, oppstand, revolusjon, opprør, kupp eller sivil uro eller følgene av radioaktiv forurensning.

C. Tilstander forårsaket av den Forsikredes deltakelse i ulovlig virksomhet, herunder utførelse av ulovlig handling ihht til norsk lov.

3.6 Fullmakt

Et vilkår for dekning etter denne avtalen er at Forsikrede eller barns foresatte, når forsikringstilfellet inntreffer, underskriver VHAs fullmakt. Denne fullmakt er et samtykke i at VHA kan innhente uttalelser og relevante opplysninger fra alle Leger, helsepersonell og helseinstitusjoner hvor Forsikrede har vært til undersøkelse og/eller behandling, både forut for tidspunktet vedkommende ble forsikret og senere.

Forsikrede må i denne forbindelse frita disse fra sin taushetsplikt til å gi relevante og tilstrekkelige opplysninger. Dette inkluderer svar på alle relevante spørsmål som Selskapet måtte finne nødvendig for behandling av forsikringssaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av Forsikredes rettigheter under forsikringen.

3.7 Annen forsikring

Dekkes samme spesialistkonsultasjon, behandling eller operasjon av flere forsikringer, kan Forsikrede velge hvilke forsikringer han eller hun vil bruke, inntil Forsikrede har fått den erstatning han eller hun i alt har krav på. Er flere selskaper ansvarlig for Forsikredes krav etter første ledd, utlignes erstatningen forholdsmessig mellom selskapene etter omfanget av det enkelte selskapets ansvar for spesialistkonsultasjon, behandling eller operasjon, når ikke annet er avtalt mellom selskapene.

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

3.8 Selskapets rett til å si opp forsikringen når det har fått uriktige opplysninger

Blir Selskapet kjent med at opplysningene det har fått av Forsikrede er uriktige eller ufullstendige på noe vesentlig punkt, kan Selskapet si opp forsikringen med fjorten – 14 – dagers varsel. Har den Forsikrede opptrådt uredelig, er Selskapet ikke forpliktet til å foreta utbetalinger under denne forsikringen.

Selskapet kan si opp en løpende forsikring i samsvar med reglene i FAL §§ 3-7, 4-3, 4-4 og 8-1.

Forøvrig kan Selskapet kun si opp en løpende forsikring når det foreligger et særlig forhold angitt i vilkårene, og oppsigelse er rimelig.

3.9 Garantitid

Garantitid for undersøkelse/behandling beregnes fra det tidspunktet VHA har mottatt underskrevet fullmakt fra Forsikrede og en skriftlig henvisning fra Lege vedrørende spesialistkonsultasjon eller fra Legespesialist vedrørende behandling/operasjon. I henvisningen må det spesifiseres hvilke konkrete medisinske tjenester som kreves dekket for at VHA skal kunne bestille denne tjenesten. Henvisningen må være medisinsk begrunnet. Forsikringen

kommer til anvendelse hvis ventetiden på en operasjon/behandling i det offentlige helsevesenet overstiger 10, 20 eller 28 Virkedager, etter at Lege har henvist Forsikrede til spesialistkonsultasjon eller Legespesialist har henvist til behandling eller operasjon og VHA er blitt informert om dette. Hvilke av de Forsikrede som har rettigheter til 10, 20 eller 28 Virkedagers Garantitid, fremgår av forsikringsbeviset.

Garantitiden gjelder ikke når kvalitetsmessige krav tilsier behandling på særlig kvalifisert behandlingsted. Garantitiden gjelder heller ikke når Forsikredes tilstand ikke tillater behandling langt fra hjemstedet eller i utlandet. I slike tilfeller har Forsikrede krav på en medisinsk begrunnelse for at Garantitiden ikke kan overholdes.

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.

3.10 Skadeoppgjør

Krav ihht reglene i Forsikringsvilkårene skal rettes til Selskapet ved VHA. Alle oppgjør relatert til Forsikringsvilkårene skal utbetales fra Selskapet til VHA. VHA skal på vegne av Selskapet dekke kostnadene i forbindelse med forsikringstilfellet.

3.10.1 Varsling om behandlingsbehov

VHA skal varsles om behandling/operasjonsbehovet så raskt som mulig etter at behandlende Lege har henvist til Legespesialist, eller foreskrevet behandling/operasjon.

3.10.2 Frist for melding om forsikringstilfelle

Selskapet er uten ansvar hvis Forsikrede ikke har meddelt kravet til Selskapet innen ett – 1 – år etter at den Forsikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det, jf. FAL § 8-5 første ledd.

3.10.3 Frist for å foreta rettslige skritt

Dersom du ønsker å klage på vedtak fra VHA, står du fritt til å sende skriftlig klage til Selskapets interne Kvalitetsutvalg, Vertikal Helseassistanse AS, Postboks 193 Skøyen, 0212 Oslo. Dette kvalitetsutvalget er et internt klageorgan. Hvis det ikke er kommet til enighet i saken og du ønsker å få klagen behandlet av en uavhengig klageinstans, må du innen seks – 6 måneder etter at du mottok vedtaket, kreve saken lagt frem for Finansklagenemnda, Postboks 53 Skøyen, 0212 Oslo. Denne 6 måneders fristen gjelder selv om du i mellomtiden fremsetter klage til Selskapets interne Kvalitetsutvalg.

Dersom fristen på seks måneder ikke overholdes vil du miste enhver rett til omgjøring av vedtaket, jfr. lov om forsikringsavtaler § 8-5(2). Denne seks måneders fristen gjelder også dersom du velger å anlegge sak for domstolene.

3.10.4 Dokumentasjon

Utbetaling av erstatning avhenger av at VHA forelegges dokumentasjon som bekrefter for Selskapet at de omstendighetene som førte til spesialistkonsultasjon, behandling og/eller operasjon er dekket av Forsikringsvilkårene. Selskapet eller VHA har rett til å foreta tilleggsundersøkelse i forbindelse med forsikringstilfellet for å forsikre seg om riktigheten av forsikringskravet. Den Forsikrede må gi VHA og Selskapet all mulig bistand i denne forbindelse, herunder tilstedeværelse av medisinsk undersøkelse etter anmodning.

3.10.5 Rente og erstatning

VHA utbetaler på vegne av Selskapet utgifter som dekkes av forsikringen. VHA utbetaler først når forsikringskravet er mottatt fra Forsikringstaker. Erstatning forutsetter skriftlig melding fra Forsikringstaker/behandlende Lege sammen med gyldig fullmakt. Selskapet skal svare rente av erstatning eller forsikringssum når det er gått to – 2 – måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til Selskapet ved VHA. Det vises til reglene i FAL § 8-4.

3.10.6 Ansvarstid

Forsikringens ansvarstid for et godkjent behandlingsbehov er ubegrenset. Under forutsetning av at skaden oppsto i Forsikringsperioden, ble meldt i tide (se pkt 3.10.2), og er innenfor rammen av forsikringssummen.

3.10.7 Foreldelse

Krav på erstatning foreldes etter tre – 3 – 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 – 10 – år etter utløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff, jf. FAL § 8-6 første ledd.

Har Selskapet ved VHA sendt slik melding som fremkommer av FAL § 8-5 annet ledd, inntreffer foreldelse tidligst ved utløpet av den fastsatte fristen, jf. FAL § 8-6. Forøvrig gjelder reglene i foreldelsesloven 18. mai 1979 nr. 18. Fristen i FAL § 8-6 første ledd tredje punkt kan likevel ikke forlenges etter foreldelsesloven § 10.

3.10.8 Forsikredes plikter vedrørende kontaktinformasjon ved krav på erstatning

Forsikrede er forpliktet til å holde VHA informert om hvordan Forsikrede løpende kan kontaktes i Garantitiden. Det samme gjelder også i forbindelse med de øvrige rettigheter som Forsikrede gjør krav på etter forsikringsavtalen. Dersom Forsikrede ikke så snart som mulig og senest innen tre uker besvarer henvendelser fra VHA, vil det medføre at Forsikrede mister sin rett til et behandlingstilbud i det aktuelle Skadetilfellet. VHA vil da avslutte saken ved å sende et brev om dette til Forsikrede, jfr. FAL § 8-5.

4. Helseassistanse knyttet til helseforsikringen

4.1 Veiledning i helserelaterte spørsmål

VHA vil gi råd til Forsikringstaker eller Forsikrede på følgende områder:

- Medisinsk rådgivning i forbindelse med Forsikredes behov for spesialistbehandling/operasjon.
- Bistand som ivaretar behandling/operasjon innenfor behandlingsgarantien.
- Rådgivning med hensyn til å kvalitetssikre det behandlingstilbud som Forsikrede blir tilbudt.
- Rådgivning relatert til pasientrettigheter ihht «Lov om pasientrettigheter» og dine rettigheter knyttet til vilkårene i VHA.
- Krisespsykiatrisk beredskap

4.2 Formidling av behandling

Når den Forsikrede skal behandles i henhold til inngått forsikringsavtale, vil Selskapet ved VHA formidle og betale for tjenester som angitt nedenfor. Det bemerkes at VHA kun er ansvarlig for formidling av nedenfor angitte tjenester, men ikke utførelsen av disse, jf. blant annet pkt. 4.2.4.

4.2.1 Konsultasjon hos Legespesialist

Når en Forsikret i et forsikringstilfelle har behov for spesialistkonsultasjon, vil Selskapet ved VHA skaffe time hos Legespesialist innen ti – 10 – virkedager, regnet fra da Garantitiden begynner å løpe. Denne spesialistkonsultasjonen er dekket av forsikringen, hvis den er rekvirert av Lege. Det samme gjelder spesialistkonsultasjon som er et ledd i oppfølging etter operasjon/behandling.

4.2.2 Valg av Sykehus

VHA vil på bakgrunn av opplysninger om Forsikrede og den operasjon/behandling Forsikrede skal ha, velge et Sykehus som kan foreta behandling/operasjon innen den Garantitid Forsikringstaker har avtalt for Forsikrede. Valg av Sykehus vil bli foretatt på bakgrunn av kompetanse og kvalitet knyttet til Sykehuset og Sykehusets beliggenhet i forhold til Forsikredes bopel. Sykehuset kan være privat eller offentlig i Norge eller Europa. Forsikrede står fritt til å avslå tilbudet om behandlingssted, men har da ikke krav på behandling under forsikringen. VHA vil likevel søke å finne frem til et alternativ som Forsikrede vil godta. Rimelig tid som medgår til å finne annet tilbud, skal ikke regnes inn under Garantitiden. I situasjoner hvor særlige kvalitetskriterier kreves, eller det ikke er mulig innen Garantitiden å få tilgang til Sykehus i Norge, kan Sykehus i Europa bli valgt.

4.2.3 Transport til og fra Sykehus

Forsikringen vil dekke nødvendige og påregnelige kostnader i forbindelse med reise og billettbestillinger hvis pasienten må reise ut av eget fylke for å komme til egnet Sykehus. Reisekostnader over kr 500,- per behandling for reiser innenfor eget fylke dekkes også.

Når Forsikrede kan behandles av det offentlig helsevesen innenfor Garantitiden, dekker forsikringen ingen av utgiftene ved dette, men pasienten får her dekket sine utgifter av det offentlige etter gjeldende regler.

4.2.4 Personlig helseassistanse relatert til behandling/operasjon

Den Forsikrede vil bli tildelt en personlig medisinsk rådgiver (sykepleier) fra VHA som vil bistå gjennom hele behandlingsløpet. VHA skal ikke overta ansvaret til behandlerne eller behandlingsinstitusjonen, men vil være en kontaktperson og en støtte for pasienten under pasientforløpet.

4.2.5 Ansvar på behandlingstedet

Ansvar for feil i profesjonsutøvelsen hos behandlende personell er behandlende personell/behandlingsstedets ansvar. Alle behandlingssteder skal ha betryggende normal ansvarsforsikring.

4.2.6 Rehabilitering

Der rehabilitering foreskrives av behandlende Legespesialist, vil VHA i godkjente forsikringstilfeller tilrettelegge denne så nær pasientens hjemsted som mulig. Rehabiliteringen og reiseutgifter skal være skriftlig forhåndsgodkjent av VHA. Dersom reisen krever spesialtransport vil VHA bestille dette.

4.2.7 Oppfølging av pårørende

Hvis pasienten ber om det og oversender VHA skriftlig fullmakt, vil en personlig medisinsk rådgiver i VHA tilby seg å informere en representant for de pårørende om pasientens tilstand.

4.2.8 Avsluttet behandling

Etter avsluttet behandling vil saken lukkes og den Forsikrede kan på eget initiativ be om å få tilsendt dokumenter som inneholder egne helseopplysninger. I motsatt fall vil de medisinske opplysningene bli slettet i tråd med gjeldende personvernlovgivning.

4.2.9 Second opinion

Hvis den Forsikrede ber om det, vil VHA tilby å fremskaffe en Legespesialist som kan foreta en ny vurdering av den Forsikredes diagnose og behandling. Kostnadene for denne undersøkelsen dekkes under forsikringen.

5. Oppsigelse og endring av avtalen

5.1 Bortfall på grunn av manglende premiebetaling

Forsikringen vil bortfalle om Forsikringstaker ikke betaler innen de varslings- og betalingsfrister som følger av premievarslene fra Eika Forsikring AS på vegne av Selskapet, eller tilsvarende gjennom annen samarbeidspartner.

Betales premien etter utløp av betalingsfrister og opphør av avtale, anses betalingen som en anmodning om en ny forsikring jfr. FAL § 5-2.

Selskapets ansvar i forbindelse med manglende premiebetaling reguleres av FAL §§ 5-1, 5-2 og 9-6. Dersom avtalen automatisk går til opphør vil forsikringstaker være skyldig premie frem til opphørsdatoen.

6. Force majeure

Forsikringstaker kan ikke kreve gjeldende rett etter denne avtalen dersom Selskapet ved VHA er forhindret fra å gjennomføre sine forpliktelser på grunn av stans i samferdselen eller annen oppstått hindring utenfor Selskapets kontroll. Dette gjelder situasjoner eller forhold som man ikke med rimelighet kunne ventes å ha tatt i betraktning på avtaletidspunktet, eller kunne klare å unngå eller overvinne følgene av. Som eksempel på slike forhold utenfor kontroll anses streik og krigslignende situasjoner.

7. Behandling av klager, tvister og søksmål

7.1 Klage

Forsikringstakeren, Forsikrede eller andre som måtte ha rettigheter etter denne forsikring kan påklage Selskapets avgjørelse i forbindelse med forsikringsoppgjør eller Selskapets håndtering av

Avtalen. Alle klager eller krav om erstatning i henhold til denne forsikring skal rettes til:

Vertikal Helseassistanse AS
Postboks 193 Skøyen
0212 Oslo

Forsikringstaker kan også rette klagen direkte til:

If Skadeforsikring NUF
Drammensveien 264,
0283 Oslo

7.2 Bistand i klagesaker

Dersom Forsikrede mener VHA eller If har gjort feil ved behandlingen av forsikrings-saken, og dette ikke er blitt avklart gjennom den vanlige saksbehandlingen, kan Forsikrede uten omkostninger ta kontakt med:

Finansklagenemnda (FinKN)
Postboks 53, Skøyen
0212 Oslo

Finansklagenemnda bistår forsikringskunder med gratis juridisk bistand i klagesaker. Virksomheten er basert på en avtale mellom Forbrukerrådet (FR), Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) og Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO). Kontorets formål er å hjelpe og veilede forsikringstakere og skadelidte som mener å ha krav mot et forsikrings-selskap, som følge av skade eller Selskapets håndtering av en forsikrings-avtale.

8. Tillegg til standard helseforsikringsavtale

8.1 Utvidet dekning fysioterapi/kiropraktor/ manuellterapeut/naprapat/osteopat

8.1.1 Forsikringsvilkår

De generelle vilkår for Eika Helseforsikring gjelder sammen med disse spesielle vilkår.

8.1.2 Forsikringen omfatter

Dekning av utgifter til offentlig godkjente behandlingsformer hos autorisert: Fysioterapeut, kiropraktor, manuell terapeut, naprapat og/eller osteopat uten henvisning fra Lege. Forsikringen dekker inntil fem konsultasjoner per forsikrede per forsikringsår. Skriftlig godkjennelse med fullmaktsskjema skal innhentes fra VHA senest 30 dager etter at behandlingen ble igangsatt. Hver behandlingstime erstattes med inntil kr. 600,-.

Behandlingen må være gjennomført innen åtte uker etter godkjenning fra forsikrings-giver.

8.2 Utvidet dekning knyttet til rusavhengighet

8.2.1 Forsikringsvilkår

De generelle vilkår for Eika Helseforsikring gjelder sammen med disse spesielle vilkår.

8.2.2 Forsikringen omfatter

Dekning av utgifter ved godkjente behandling-institusjoner for avvenning av: medikament-misbruk, alkohol-misbruk og eller narkotika-misbruk.

I Forsikrings-perioden erstattes utgifter til behandling av rusavhengighet på godkjent behandling-institusjon. Behandling må forhånds godkjennes av VHA. Maksimal erstatning er kr 125.000 per Forsikrede i løpet av hele forsikrings-perioden. Forsikrede må være symptomfri i minst 12 - tolv - måneder fra behandlingen er avsluttet før nye behandlinger for samme sykdom kan kreves dekket under forsikringen.