

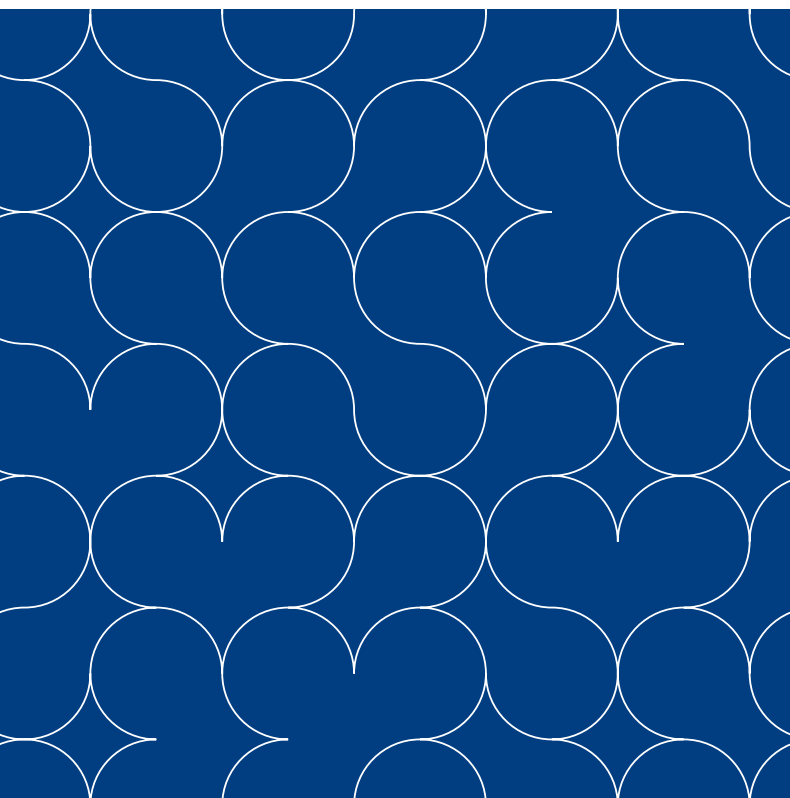
ERGO Forsikring Behandlingsavtale

Veiledning og forsikringsvilkår

- for individuell og kollektiv helseforsikring

Oslo, november 2009 (E)

ERGO



Om veiledning og vilkår for ERGO Forsikring Behandlingsavtale

Veiledning og forsikringsvilkår inneholder alle betingelser som gjelder din Behandlingsavtale.

Et godt råd: Les forsikringsbeviset og vilkårene grundig.

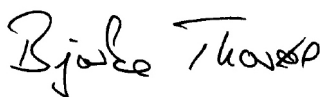
Vi foreslår at du oppbevarer forsikringsdokumentene samlet på et sted der du lett finner tilbake til dem ved behov. Forsikringskortet får du i egen forsendelse. Kortet gir informasjon om avtalen og kontaktinformasjon til Selskapet. Dette bør du oppbevare på en slik måte at du alltid har det lett tilgjengelig.

Dersom du ikke leser alt ved mottakelsen av forsikringsdokumentene, vil vi likevel oppfordre deg til å lese om "Hvordan du bruker forsikringen" på side 4.

Hvis det skulle dukke opp spørsmål som du ikke finner svar på, håper vi at du enten ringer, eller skriver en e-post, slik at vi kan hjelpe deg.

Ring 800 83313 (kl.08:00-17:00 man - fred) eller skriv e-post til helplinehelse@ergo.no

Vennlig hilsen
ERGO Forsikring AS



Bjarke Thorø
Administrerende direktør

Innhold

Hvordan bruke ERGO Forsikring Behandlingsavtale	4
Oversikt over dekninger	6
Generelle vilkår nr. 03.00.03 og 03.00.02	7
Spesielle vilkår nr. 03.01.01 – Sykehusinnleggelse med operasjon	14
Spesielle vilkår nr. 03.02.01 – Dag kirurgi, Operasjon uten sykehusinnleggelse	15
Spesielle vilkår nr. 03.03.01 – Sykehusinnleggelse uten operasjon	16
Spesielle vilkår nr. 03.04.01 – Legespesialistbehandling	17
Spesielle vilkår nr. 03.05.01 – Kreftbehandling	18
Spesielle vilkår nr. 03.06.01 – Fysikalsk behandling	19
Spesielle vilkår nr. 03.13.01 – Psykologibehandling	20
Spesielle vilkår nr. 02.07.01 – Organtransplantasjon	21
Spesielle vilkår nr. 02.08.01 – Sykehuspenger	22
Spesielle vilkår nr. 02.11.01 – Kritisk Sykdom	23
Hvordan gå frem ved klager	27
Definisjoner og ordforklaringer	28

Hvordan bruke ERGO Forsikring Behandlingsavtale

Du kan enten være omfattet av en individuell forsikringsavtale som omfatter enkeltpersoner inngått på individuelt grunnlag (individuell forsikringsavtale) eller være medlem av en kollektiv forsikringsavtale som omfatter personer i en nærmere angitt gruppe (kollektiv forsikringsavtale)

Dine rettigheter og plikter i henhold til disse vilkårene vil være avhengig av ovennevnte og du må forholde deg til de bestemmelser som er relevant for deg. Hvorvidt din forsikring er kollektiv eller individuell vil fremgå av forsikringsbeviset.

Forsikringsdekninger

Forsikringsbeviset viser hvilke forsikringsdekninger du har. Hvilke vilkår som gjelder for din avtale fremgår av de vilkårsnummer som er ført opp i beviset. Synes du det er uklart hva som er dekket av forsikringen, kan du ta kontakt med Selskapet.

Henvising først

All undersøkelse og behandling som omfattes av Behandlingsavtale forutsetter at du er henvist der dette kreves. Bruk din vanlige allmennlege, bedriftslege eller kiropraktor.

Utgiftene til allmennlege dekkes ikke av forsikringen.

Helpline

Helpline er ditt servicesenter, du tar kontakt med oss på tlf. 800 83313. Her finnes det helsepersonell som vet hvilke spesialister som er gode på forskjellige behandlingsbehov. Helpline booker timer hos spesialist og bestiller reise og opphold om dette er dekket av forsikringen.

Alt etter hvilke forsikringsdekninger du har avtalt (fremgår av forsikringsbeviset og forsikringsvilkårene), kan du bruke forsikringen din slik:

Sykehusinnleggelse og dagkirurgi

Blir du henvist til sykehusinnleggelse eller operasjon, skal kopi av henvisningen sendes til Selskapet. Helpline vil hjelpe deg med å finne frem til aktuelle

private sykehus eller spesialister du kan velge mellom. Helpline vil etter henvendelse til sykehuset eller spesialisten ta kontakt med deg og avtale tidspunkt for innleggelse eller behandling. Deretter vil vi skriftlig godkjenne og bekrefte dekning av utgifter til innleggelse og behandling til sykehuset med kopi til deg.

Behandling som skal betales over forsikringen skal avtales via Helpline og godkjennes av Selskapet på forhånd. Det gir deg garanti for rask, god og betryggende tilgang til behandling og Selskapet betaler regningen direkte til sykehuset/klinikken.

Spesialistbehandling

Blir du henvist til spesialistbehandling, fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat kontakter du vår Helpline som hjelper deg med å finne frem til klinikker eller spesialister. Helpline kan også inngå timeavtale for deg hvis det er ønskelig.

All behandling skal forhåndgodkjennes av Selskapets Helpline.

Regninger fra privat spesialist betales av deg selv eller direkte av Selskapet dersom det er avtalt på forhånd.

Når behandlingen(e) er ferdig sender du senest innen 12 måneder inn originalkvitteringer sammen med utfylt skademelding. Denne finner du på våre hjemmesider eller ved å kontakte Selskapet. Skademelding må være påført forsikres navn, fødselsnummer, diagnose, symptomdebut, behandlingsdato og kontonummer.

Reise- og oppholdsutgifter

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige reiseutgifter i forbindelse med spesialist-behandling. Reiseutgifter erstattes dersom reiseavstanden fra hjemstedet til behandlingssted er over 15 mil en vei.

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med sykehusinnleggelse og operasjon.

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige reise- og oppholdsutgifter for en voksen ledsager i forbindelse

med sykehusinnleggelse og operasjon når den forsikrede ikke er fylt 18 år og/eller det er medisinsk nødvendig.

Utgifter som skal betales over forsikringen skal avtales via Helpline og godkjennes av Selskapet på forhånd.

Dersom du bruker egen bil dekkes kjøregodtgjørelse etter statens satser for helsetjenester, når reisen er forhåndsgodkjent av Selskapet.

Kostnader for oppholdsutgifter dekkes etter statens satser for helsetjenester.

Er du usikker på hva vi dekker bør du ta kontakt med Helpline.

Forsikringsansvaret forutsetter

- at forsikringen omfatter den aktuelle behandlingen. Dette fremgår av forsikringsbeviset og de generelle og spesielle vilkårene.
- at det er gitt riktige og fullstendige opplysninger om helsen til den forsikrede.
- at forsikringen er i kraft og betalt.

Oversikt over dekninger som forsikringen kan omfatte	
Utgifter til operasjon ved privat sykehus, som krever overnatting på sykehus, henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Utgifter til medisinsk behandling, (ikke operasjon), av fysisk sykdom på privat sykehus, som krever overnatting på sykehus, som er henvist av lege, og er forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Utgifter til operasjon på privat sykehus/klinikk som ikke krever overnatting (dagkirurgi), som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Behandling, undersøkelse og diagnostisering hos legespesialist, etter henvisning fra lege og som er forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Kreftbehandling, herunder operasjoner, strålebehandling og cellegift, henvist av lege og som er forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Konsultasjon hos ytterligere en legespesialist for ny medisinsk vurdering (Second opinion). En per diagnose og kun ved livstruende sykdom og skade eller ved særskilt risikofylt behandling. Konsultasjonen skal være forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Nødvendige undersøkelser, tester og prøver på sykehuset/klinikken i direkte og umiddelbar sammenheng med operasjonen/behandlingen	Dekket
Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under operasjonen/behandlingen på sykehuset, klinikken eller hos legespesialisten	Dekket
Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen (proteser, implantater)	Dekket
Rimelige og nødvendige oppholdsutgifter (kost og losji) i forbindelse med sykehusinnleggelse og operasjon (gjelder ikke ved legespesialistbehandling og fysikalsk behandling) Kostnader for oppholdsutgifter dekkes etter statens satser for helsetjenester. Oppholdsutgifter må være forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Rimelige og nødvendige reiseutgifter i forbindelse med sykehusinnleggelse/operasjon/kreftbehandling/rehabilitering (gjelder ikke ved fysikalsk behandling). Ved spesialistbehandling må reiseavstanden fra hjemstedet til behandlingssted være over 15 mil en vei for at reiseutgiftene skal dekkes. Ved bruk av egen bil dekkes kjøregodtgjørelse etter statens satser for helsetjenester. Reisen må være forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av operasjonen/sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Behandlingsgaranti ved innleggelse på sykehus, 14 virkedager, fra Selskapet har mottatt fullstendig og nødvendig medisinsk dokumentasjon	Dekket
Behandlingsgaranti ved behov for utredning/behandling, 14 virkedager, fra Selskapet har mottatt fullstendig og nødvendig medisinsk dokumentasjon	Dekket
Fysikalsk behandling. Det vil si utgifter til behandling av offentlig godkjent fysioterapeut, kiropraktor og/eller naprapat, inntil 24 behandlinger per kalender år. Behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet og henvisning må foreligge der dette kreves	Dekket om det fremgår av forsikringsbeviset
Psykologisk førstehjelp. Inntil 10 behandlinger per hendelse. Psykologisk første hjelp må være forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Utgifter til behandling hos psykolog for lettere psykiske lidelser. Inntil 12 konsultasjoner per forsikringstilfelle. Det kan kreves at behandlingen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket om det fremgår av forsikringsbeviset

Dette gir et forenklet oversiktsbilde. For fullstendig informasjon vises til de generelle og spesielle vilkårene .

Generelle vilkår

(Det fremgår av forsikringsbeviset om forsikringen følger nr. 03.00.03 eller 03.00.02)

1. Forsikringsavtalen

1.1. Hvilke lover og regler som gjelder

For forsikringsavtalen gjelder

For forsikringsavtalen gjelder

- Lov av 16. juni 1989 om Forsikringsavtaler (FAL), Del B, med særbestemmelsene for sykeforsikring,
- Lov av 10. Juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet, med forskrifter og regler,
- Andre bestemmelser gitt i eller med hjemmel i lov.

For forsikringsavtalen gjelder norsk rett og norsk språk med mindre det er gjort annen avtale.

1.2. Hvilke forsikringsbestemmelser som gjelder

For forsikringsavtalen gjelder disse generelle forsikringsvilkårene og de spesielle vilkårene, slik det fremgår av forsikringsbeviset. Teksten i forsikringsbeviset gjelder foran forsikringsvilkårene. Teksten i spesielle vilkår gjelder foran de generelle vilkårene. Forsikringsbeviset og forsikringsvilkårene gjelder foran fravikelige lovbestemmelser.

1.3. Definisjoner og ordforklaringer

Se Definisjoner og ordforklaringer bakerst i dette vilkåret.

1.4. Hvem forsikringen omfatter

1.4.1. Individuell forsikringsavtale

(Generelle vilkår nr 03.00.03)

En individuell forsikringsavtale kan kun avtales for forsikrede bosatt i Norden og som er medlem av de nordiske lands trygdesystem. En forsikret kan meldes inn i avtalen fra 0 år og senest ved 65 års alder (søknaden må være Selskapet i hende senest dagen før forsikrede fyller 66 år), og kan omfattes av forsikringen livet ut om ikke forsikringen opphører av annen årsak på et tidligere tidspunkt.

1.4.2. Kollektiv forsikringsavtale

(Generelle vilkår nr 03.00.02)

En kollektiv forsikringsavtale kan kun avtales for

forsikrede bosatt i Norden og som er medlem av de nordiske lands trygdesystem. En forsikret kan tidligst innmeldes i avtalen fra 16 år og senest ved 65 års alder, og kan ikke omfattes av forsikringen lenger enn det forsikringsåret den forsikrede fyller 67 år om ikke forsikringen opphører av annen årsak på et tidligere tidspunkt. For videreføring av forsikringsavtalen se kapittel 14.

Det er adgang for det enkelte medlemmet å reservere seg mot å være med i helseforsikringen.

1.4.3. Hvor det fremkommer om du er omfattet av individuell eller kollektiv forsikringsavtale

Det fremgår av forsikringsbeviset om forsikringen er inngått som en individuell eller kollektiv forsikringsavtale.

1.5. Hva forsikringen dekker

Forsikringen dekker utgifter til behandling i forsikringstiden som følge av dekningsmessig sykdom eller skade som rammer forsikrede, gjennom henvisning fra lege der dette kreves.

Forsikringstilfelle starter på det tidspunkt da forsikrede blir undersøkt eller oppsøker behandler for dekningsmessig sykdom eller skade. Flere sykdoms- tilfeller og skader med klar medisinsk sammenheng regnes som ett forsikringstilfelle.

For at behandlingen skal være dekket av forsikringen må den være alminnelig akseptert i det medisinske fagmiljø i Norden. Behandlingen skal være medisinsk nødvendig, rasjonell og riktig for den aktuelle lidelse. Hvis behandlingen blir mer omfattende eller utgiften blir større enn det som er ansett som nødvendig, kan selskapet redusere erstatningen til normalt nivå. Det er behandler som vurderer om det er medisinsk forsvarlig å igangsette henvist behandling.

Selskapets ansvar er ubegrenset i forsikringstiden forutsatt at forsikringsavtalen er i kraft og betalt. For opphør av forsikringen se kapittel 14.

Det fremgår av forsikringsbeviset hvilke spesielle vilkår forsikringen omfatter i tillegg til forsikringsdekningene som omfattes av disse generelle vilkårene.

1.5.1. Krisepsykologi/psykologisk første hjelp

Forsikringen dekker utgifter til inntil 10 behandlinger per hendelse til psykologisk førstehjelp/krisehjelp ved ulykker, dødsfall, alvorlig sykdom, overfall eller innbrudd. Slik behandling krever ikke henvisning fra lege, men den må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

1.5.2. Second Opinion

Konsultasjon hos ytterligere en legespesialist for ny medisinsk vurdering per forsikringstilfelle. Dette gjelder kun ved:

- Livstruende sykdom og skade
- Særskilt risikofylt behandling

Konsultasjonen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

1.5.3. Reiseutgifter

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige reiseutgifter i forbindelse med sykehusinnleggelse/operasjonen/kreftbehandling/rehabilitering (gjelder ikke ved fysikalsk behandling). Ved spesialistbehandling må reiseavstanden fra hjemstedet til behandlingssted være over 15 mil en vei for at reiseutgiftene skal dekkes. Ved bruk av egen bil dekkes kjøregodtgjørelse etter statens satser for helse-tjenester.

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige reiseutgifter for en voksen ledsager i forbindelse med sykehusinnleggelse og operasjon når den forsikrede ikke er fylt 18 år og/eller det er medisinsk nødvendig.

Alle reiser må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

1.5.4. Kost og losji

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige oppholdsutgifter (kost og losji) i forbindelse med sykehusinnleggelse og operasjon (gjelder ikke ved legespesialistbehandling og fysikalsk behandling) Forsikringen dekker også rimelige og nødvendige oppholdsutgifter for en voksen ledsager i forbindelse med sykehusinnleggelse og operasjon når den forsikrede ikke er fylt 18 år og/eller det er medisinsk nødvendig.

Kostnader for oppholdsutgifter dekkes etter statens satser for helsetjenester og må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

1.6. Hvor forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder behandling i Norden med behandlere/sykehus/klinikker som Selskapet har inngått avtale med. All behandling skal ha sitt utgangspunkt i Norden og henvisende lege/behandler må praktisere i Norden.

Forsikringen gjelder for behandling i Norden selv om sykdom eller skade inntreffer utenfor Norden.

Finner ikke Selskapet ledig kapasitet og/eller kompetanse i Norden, kan Selskapet henvise til helsetjenester i Europa for øvrig i eget nettverk, fortrinnsvis så nær Norden som mulig.

1.7. Registrering og formidling av helseopplysninger/medisinsk dokumentasjon

Helseopplysninger/medisinsk dokumentasjon som selskapet mottar kan registreres og videreformidles til de valgte behandlingssteder.

1.8. Forsikringstiden og fornyelse

Forsikringsavtalen fornyes automatisk hvert år såfremt premie betales og forsikringsavtalen ikke sies opp.

Selskapet kan unnlate å fornye en forsikring når det foreligger særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet.

1.9. Endring av forsikringsvilkår og priser

Selskapet kan endre forsikringsvilkår og priser hvert år i forbindelse med den årlige fornyelsen.

Selskapet har rett til å foreta indeksregulering av avtalens pristariffer. Indeksregulering foretas hvert år på avtalens årssdag, på grunnlag av konsumprisindeksen per 15. oktober året før. Selskapet har også rett til å foreta prisregulering på avtalens årssdag på grunnlag av endring i forholdet mellom skadekostnader og premie.

For andre vesentlige endringer vil forsikringstaker bli informert om eventuelle endringer minst 4 måneder før fornyelsesdato.

Selskapet forbeholder seg rett til å overdra denne avtalen til et annet forsikringsselskap forutsatt offentlig godkjenning etter forsikringsvirksomhetsloven § 3-8.

1.10. Forsikringstagers rett til å si opp og endre forsikringsavtalen

Innenfor de regler som gjelder, har forsikringstaker rett til å endre forsikringsavtalen. Selskapet kan sette som vilkår for endringen at forsikringstaker godtar at forsikringsvilkår og priser på endringstidspunktet gjøres gjeldende for hele avtalen.

Forsikringstakeren kan i forsikringstiden si opp forsikringsavtalen dersom forsikringsbehovet faller bort eller det foreligger andre særlige grunner, eller for flytting av forsikringen til et annet selskap.

Ved kollektiv forsikring kan bestemmelsene i annet avsnitt fravikes i forsikringsavtalen.

2. Hvem som kan binde Selskapet

Forpliktende meldinger skal gis skriftlig fra Selskapets hovedkontor i Oslo. Finansielle rådgivere, forsikringsagenter, selgere, forsikringsmeglere o.l. har ikke i noe tilfelle fullmakt til å binde Selskapet.

3. Ikrafttredelse

3.1. Når Selskapets ansvar begynner å løpe for individuelle forsikringsavtaler

Individuelle forsikringsavtaler omfatter enkeltpersoner og er inngått på individuelt grunnlag.

Forsikringen gjelder fra og med den første i måneden etter at forsikringen er utstedet, dog ikke før første premie er betalt, under forutsetning av at forsikrede avgir helseerklæring som godkjennes av Selskapet (Ikrafttredelsestidspunktet).

3.2. Når Selskapets ansvar begynner å løpe for kollektive forsikringsavtaler

Kollektive forsikringsavtaler gjelder fra den dag Selskapet mottar skriftlig melding om at tilbudet er godtatt av forsikringstaker og første premie er betalt.

For det enkelte medlem begynner Selskapets ansvar å løpe når vedkommende fyller opptaksvilkårene nedfelt i forsikringsavtalen, er helt arbeidsdyktig og melding om dette er mottatt av Selskapet.

Innmelding av forsikrede gjøres ved at forsikringstaker henvender seg til Selskapet.

3.2.1. Når den forsikrede skal levere helseerklæring til Selskapet gjelder følgende:

For medlemmer av en gruppe som omfattes av en kollektiv forsikringsavtale begynner Selskapets ansvar å løpe den dagen vedkommende fyller opptaksvilkårene nedfelt i forsikringsavtalen, og forsikrede har avgitt helseerklæring som godkjennes av selskapet.

3.2.2. Når den forsikrede ikke skal avgi helseerklæring til Selskapet gjelder følgende:

For medlemmer av en gruppe som omfattes av en kollektiv forsikringsavtale begynner Selskapets ansvar å løpe den dagen vedkommende fyller opptaksvilkårene nedfelt i forsikringsavtalen, og forsikringstaker har avgitt skriftlig erklæring om at vedkommende fyller opptaksvilkårene nedfelt i forsikringsavtalen.

4. Opplysningsplikt ved avtaleinngåelsen og konsekvenser av å gi uriktige opplysninger

4.1. Forsikringstakerens og den forsikredes plikt til å gi opplysninger om risikoen

Forsikringstaker og den forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål.

På oppfordring fra Selskapet skal forsikringstakeren og den forsikrede gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for Selskapets vurdering av risikoen jf FAL § 13-1a.

4.2. Konsekvenser av å gi uriktige opplysninger

Ved uriktige og/eller mangelfulle opplysninger kan Selskapets ansvar settes ned eller falle bort. Selskapets rett til å sette ned ansvaret gjelder uten tidsbegrensning. Videre gjelder bestemmelsene om sykeforsikring i FAL kapittel 13. Blir forsikringen ugyldig, tilbakebetales ikke benyttet premie til forsikringstaker. Eventuelle utbetalinger skal tilbakebetales til Selskapet. Selskapet kan motregne.

5. Unntak og begrensninger

Selskapet dekker ikke utgifter til:

1. Behandling av sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer etter at forsikringsøknaden er underskrevet, men før ikrafttredelse, omfattes ikke av forsikringen (Kun for individuell forsikringsavtale).
2. Behandling hos allmennlege og hos spesialist i allmennmedisin.
3. Behandling ved sykdom/skade som krever øyeblikkelig hjelp.
4. Behandling som ikke er medisinsk nødvendig, behandling som utøves av ikke autorisert helsepersonell og/eller som ikke er basert på vitenskaplig kontrollerte kliniske studier samt komplikasjoner og andre følger av slik behandling.
5. Utgifter i forbindelse med kosmetisk behandling/operasjon og komplikasjoner samt følger av slik behandling.
6. Behandling av overvekt, herunder dietter, vektregulering og fedmeoperasjon samt følger av slik behandling.
7. Skade som er inntruffet gjennom kjernefysisk eksplosjon eller radioaktiv stråling.
8. Kontroll og fjerning av føflekker der det ikke er mistanke om malignitet
9. Avtalt konsultasjon, behandling, operasjon og reise-kostnader når forsikrede ikke møter, alternativt avbestiller senere enn 24 timer før avtalt konsultasjon eller behandling.
10. Dialysebehandling.
11. Behandling eller operasjon ved sterilisering, abort, prevensjon, graviditet, fødsel, familieplanlegging/ barnløshet eller kjønnskifte samt følger av slik behandling.
12. Behandling av sykdommer som omfattes av smittevernloven.
13. Utredning, behandling og operasjon av søvnproblemer/ sykdommer som snorking, søvnapné, samt tilknyttet medisinsk utstyr.
14. Konsultasjon, behandling, kontroll eller operasjon av tenner, tannsykdom og tannskader hos tannlege, spesialutdannet tannlege, tannpleier og tannteknikker.
15. Behandling av rusmiddel-, spille- og medikamentavhengighet samt sykdom, skader eller ulykkestilfeller som er forårsaket av alkohol, andre rusmidler, medisin eller narkotiske preparater.
16. Behandling eller operasjoner som er en følge av skade/lidelse/sykdom som den forsikrede grovt uaktsomt eller med forsett har påført seg selv eller forverret, jfr. Bestemmelsen i FAL § 13-8 og 13-9.
17. Behandling hos psykiater og/eller i psykiatrisk institusjon eller institusjon for behandling av adferdsforstyrrelser.
18. Behandling av psykoser eller andre alvorlige psykiske sykdommer.
19. Kjøp og/eller leie av utstyr, samt kjøp av medisiner, permanente hjelpemidler og innretninger.
20. Synstest, briller, kontaktlinser samt operasjon for korreksjon av nær- og langsynthet og brytningsfeil.
21. Tilpasninger til høreapparat samt kjøp av avtakbart høreapparat.
22. Vaksinasjon og forebyggende helseundersøkelse om ikke annet er avtalt.
23. Pleie- og omsorg, samt rehabiliteringsopphold uten aktiv rehabilitering, bl.a. opphold på kuranstalt, bad og andre tilsvarende institusjoner.
24. Behandling og utredning av demenssykdom.
25. Selskapet erstatter ikke utgifter som er dekket på annet vis gjennom lov, forskrifter, konvensjoner, annen forsikring eller kollektivavtaler.

6. Behandlingsstedets ansvar for behandlingen

Selskapet har inngått avtaler med sykehus som tilbyr behandling til Selskapets forsikrede. Disse sykehus har forsikringsdekning for konsekvenser av eventuelle feil eller uhell som måtte skje under behandlingen. Også spesialister utenfor sykehus som behandler forsikrede fra Selskapet skal ha slik ansvarsdekning. De økonomiske konsekvenser i tilfelle feil eller uhell som måtte oppstå i forbindelse med behandlingen er behandlingsstedets ansvar, ikke Selskapets. Selskapet er heller ikke ansvarlig for mèn eller andre skader av ikke-økonomisk art.

7. Premie for røykere

For individuelle forsikringsavtaler er premien størrelse avhengig av om den forsikrede røyker daglig. Dersom forsikrede begynner å røyke daglig, plikter han/hun å melde dette til selskapet dersom premien er basert på at forsikrede ikke røyker daglig. Blir ikke slik melding gitt senest ved første premiebetaling etter at endringen fant sted, og fører forsømmelsen til at premien ikke blir forhøyet, vil selskapets ansvar for ethvert forsikrings-tilfelle bli forholdsmessig nedsatt, jfr. FAL § 13-7.

8. Premiebetalingen

Premien bestemmes for ett forsikrings år av gangen og beregnes blant annet på bakgrunn av gruppens sammensetning, hva forsikringen dekker, skadeutviklingen i gruppen og Selskapets gjeldende premietariffer.

Premier blir beregnet fra den første i måneden etter at forsikringen er utstedt.

8.1. Varsling om premieinnbetaling og konsekvenser av manglende innbetaling

Forsikringstaker, eller den som er gitt fullmakt, blir sendt et premievarsel. Om premien skal betales månedsvis med autogiro skjer varsling av samtlige betalinger under forsikringstiden en gang per år. Betalingsfristen for premie som ikke er den første premien er minst en måned.

Dersom premievarslet ikke blir betalt innen betalingsfristen, vil Selskapet sende annen gangs varsel, med betalingsfrist på minst 14 dager. Dersom innbetaling ikke skjer innen den der angitte frist, vil Selskapets ansvar

opphøre i samsvar med reglene FAL kapittel 14 og 19. Dersom en premie blir betalt etter opphørstidspunktet, anses betalingen som anmodning om ny forsikring.

9. Opplysningsplikt ved krav om utbetaling og konsekvensene av uriktige opplysninger

9.1. Opplysningsplikt og dokumentasjon

Enhver som mener å ha et krav mot Selskapet, skal uten ugrunnet opphold melde fra om det og skal gi Selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelig for ham eller henne, og som Selskapet trenger for å kunne ta stilling til kravet og utbetale erstatningen.

Forsikringsutbetalingen vil kunne avhenge av at kravstilleren gir Selskapet de nødvendige fullmakter til å innhente opplysninger for å kunne ta standpunkt til erstatningskravet. Selskapet kan kreve undersøkelse foretatt av en bestemt lege. Begge parter har rett til å innhente spesialisterklæringer.

9.2. Konsekvenser av å gi uriktige opplysninger

Gis det uriktige eller ufullstendige opplysninger som fører til uberettiget erstatningsutbetaling, kan det medføre helt eller delvis tap av alle rettigheter mot Selskapet, i samsvar med FAL § 18-1.

10. Frister

10.1. Frist for å gi melding om forsikringstilfellet

Selskapet er fri for ansvar, hvis den som har krav på utbetaling ikke har meddelt kravet til Selskapet innen ett år etter at vedkommende fikk kunnskap om de forhold som begrunner det, jf FAL § 18-5.

10.2. Frist for å foreta rettslige skritt

Selskapet er fri for ansvar hvis den som har krav på utbetaling ikke har anlagt sak eller krevet nemndbehandling innen seks måneder regnet fra den dag Selskapet skriftlig har meddelt vedkommende at det ikke anser seg ansvarlig og samtidig minnet ham eller henne om fristen, dens lengde og følgen av at den oversettes, jf FAL § 18-5.

10.3 Foreldelse

Er ikke krav på erstatning allerede bortfalt etter punkt 10.1 og punkt 10.2, foreldes kravet etter 3 år i samsvar med bestemmelsen i FAL § 18-6.

Krav som er meddelt til Selskapet før foreldelsesfristen er utløpt, foreldes vanligvis tidligst 6 måneder etter at den berettigede har fått særskilt skriftlig melding om at foreldelse vil bli påberopt, jfr. bestemmelsen i FAL § 18-6, 3.ledd.

10.4 Renteplikt ved oppgjør

Hvis Selskapet ikke har refundert berettigede og dokumenterte krav innen 2 måneder etter mottakelsen, skal det betale forsinkelsesrenter i henhold til FAL § 18-4.

10.5 Behandlingsgaranti – tilbud om behandling innen maksimalt 14 virkedager

Forsikringen sikrer adgang til behandling innen 14 virkedager fra Selskapet har mottatt fullstendig og nødvendig medisinsk dokumentasjon for behandling dekket av forsikringen og godkjent av Selskapet. Dersom en behandling består av flere planlagte behandlinger gjelder behandlingsgarantien første behandling.

Behandlingsgarantien gjelder ikke i de tilfeller hvor forsikrede ikke kan behandles, eller behandling må utsettes av medisinske årsaker. Mens behandlingsgarantien løper er den forsikrede forpliktet til å holde Selskapet orientert om hvordan han/hun kan kontaktes på beste måte.

Dersom den forsikrede ikke aksepterer tilbud om behandling, uteblir fra planlagt behandling, ønsker behandling på et tidspunkt etter utløpet av behandlingsgarantien eller gjennom enighet med behandlende lege avtaler behandling senere enn utløpet av behandlingsgarantien opphører behandlingsgarantien.

Dersom behandlingsgarantien ikke er oppfylt vil den forsikrede ha krav på kr. 500,- pr. dag fra utløpet av fristen og inntil behandling tilbys, dog ikke lenger enn i 30 dager.

11. Erstatningsregler/Utbetaling/Refusjon av utgifter

Utgifter som er forhåndsgodkjente av Selskapet og som omfattes av forsikringen refunderes mot datert, spesifisert originalkvittering og skademelding som inneholder:

- diagnose
- behandlingsdato
- symptomdebut
- behandlingsstedets/legens navn og adresse
- den behandlede (forsikrede) navn, adresse, fødselsnummer og kontonummer

Utgiftene til forhåndsgodkjent Sykehusinnleggelse med og uten operasjon og rehabilitering betaler Selskapet direkte til sykehuset/rehabiliteringsinstitusjonen.

Reise og oppholdsutgifter refunderes mot fremlagte originalkvitteringer med bilag.

Erstatning ved ikke-oppfyllelse av behandlingsgarantien betales til den forsikrede.

12. Regress

Kan forsikrede forlange at tredjemann erstatter skaden, inntretr Selskapet i forsikringstagers rett mot tredjemann ved utbetaling av erstatning, jfr. erstatningslovens § 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 gjennomføringen av Selskapets regress.

Hvis forsikringstakeren ikke overholder sine plikter i henhold til den avtalen som er inngått mellom forsikringstakeren og Selskapet, og Selskapet likevel blir erstatningsansvarlig, kan Selskapet søke regress hos forsikringstakeren.

13. Behandling av tvister

Hvis tvist oppstår mellom forsikringstaker/forsikrede og Selskapet, kan den bringes inn for Forsikringssskadenemnda eller Avkortningsnemnda i samsvar med FAL § 20-1.

Rettstvister skal løses etter norsk lov.

14. Opphør av forsikringen

14.1. For individuelle forsikringsavtaler opphører forsikringen:

- når den forsikrede ikke lenger er fast bosatt i Norden så fremt ikke annet er avtalt
- fra det tidspunkt forsikrede ikke lenger er medlem av en trygdeordning i Norden
- fra det tidspunkt forsikringsavtalen sies opp av forsikringstaker eller Selskapet
- manglende premiebetaling

For individuelle forsikringer stopper retten til dekning av utgifter til behandling straks forsikringen opphører.

14.2. For kollektive forsikringsavtaler opphører forsikringen:

- når den forsikrede slutter å være en del av gruppen. Opphør regnes fra fratredelsestidspunktet
- når den forsikrede fyller 67 år, dersom ikke annet er avtalt og fremgår av forsikringsbeviset
- når den forsikrede ikke lenger er fast bosatt i Norden så fremt ikke annet er avtalt
- fra det tidspunkt forsikrede ikke lenger er medlem av en trygdeordning i Norden
- fra det tidspunkt forsikringsavtalen sies opp av forsikringstaker eller Selskapet

14.3. Forsikringstakers rett til fortsettelsesforsikring og behandling ved kollektive forsikringsavtaler

Forsikredes rett til fortsettelsesforsikring fremkommer av forsikringsbeviset. Fortsettelsesforsikring er medlemmets rett til, ved opphør av den kollektive forsikringsavtalen, å fortsette forsikringsforholdet med individuell premieberegning uten å gi nye helseopplysninger.

Fortsettelsesforsikring skal tegnes innen 6 måneder fra den dato den gamle forsikringen opphørte uten avbrudd av premiebetalingen. Ved fortsettelsesforsikring tilbys tilsvarende forsikring med individuelle vilkår og premie.

For kollektive forsikringer stopper retten til behandling for allerede igangsatt behandling 3 måneder etter at forsikringen har opphørt for det enkelte medlem.

Rett til behandling gjelder dog ikke i noe tilfellet om den forsikrede:

- har vært omfattet av forsikringen kortere enn seks måneder når den opphørte å gjelde
- har fått eller skulle kunne ha fått sammenlignbar forsikring fra annet hold
- har oppnådd en gitt alder og forsikringen har opphørt på grunn av dette
- selv har sagt opp forsikringen

15. Spesielle bestemmelser

15.1. Krig og uroligheter

Forsikringen gjelder ikke ved deltagelse i militære styrker med oppdrag utenfor Norden, med mindre forsikrede godtgjør at skaden eller forverring av skaden ikke skyldes slik tjeneste.

Selskapet er ikke ansvarlig for skade/sykdom som viser symptom innen 1 år etter opphold i land der krig eller uroligheter råder og som kan ha ansees og vært en følge av krigen eller urolighetene. Om det bryter ut krig eller uroligheter mens forsikrede oppholder seg i området gjelder forsikringen den første måneden under forutsetning av at forsikrede ikke deltar i krigen eller urolighetene.

15.2. Force majeure

Forsikrede kan ikke gjøre gjeldende rett etter disse vilkårene dersom Selskapet er forhindret fra å gjennomføre sine plikter pga force majeure. Dvs. forhold utenfor Selskapets kontroll. Som eksempel på forhold utenfor Selskapets kontroll anses streik, stans av samferdsel eller annen hindring som Selskapet ikke med rimelighet kan ventes å ha tatt i betraktning, unngått eller overvunnet følgende av på avtaletidspunktet.

Spesielle vilkår nr. 03.01.01

- Sykehusinnleggelse med operasjon

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Sykehusinnleggelse med operasjon.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Sykehusinnleggelse med operasjon er en sykeforsikring som etter nærmere regler omfatter:

- Utgifter til operasjon ved sykehusinnleggelse på private sykehus
- Utgifter til rehabilitering

2.1. Behandling ved privat sykehus

Forsikringen dekker utgiftene til medisinsk nødvendig diagnostisering, behandling og operasjon av fysiske (somatiske) sykdommer som krever overnatting på sykehus. Det må foreligge henvisning fra lege og innleggelsen/behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Hva som er dekket i forsikringen Sykehusinnleggelse med operasjon:

Utgifter til medisinsk behandling, diagnostisering og/eller operasjon av fysisk sykdom ved privat sykehus og som krever overnatting på sykehus, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige undersøkelser, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med operasjon på sykehuset	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under operasjonen på sykehuset	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen, som for eksempel proteser og implantater	Betales direkte eller refunderes av Selskapet
Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og en nødvendig del av operasjonen/sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til rehabiliteringsinstitusjonen av Selskapet

Spesielle vilkår nr. 03.02.01

- Dagkirurgi. Operasjon uten sykehusinnleggelse

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Dagkirurgi.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Dagkirurgi er en sykeforsikring som etter nærmere regler omfatter:

- Utgifter til operasjon i private sykehus eller hos godkjent legespesialist, som ikke medfører i innleggelse med overnatting

2.1. Dagkirurgi

Forsikringen dekker utgiftene til nødvendig operasjon som ikke krever overnatting i sykehus. Det må foreligge henvisning fra lege og operasjonen må være forhånds godkjent av Selskapet.

Hva som er dekket i forsikringen dagkirurgi:

Utgifter til operasjon i privat sykehus eller hos godkjent legespesialist som ikke krever overnatting, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte av forsikrede eller refunderes av Selskapet
Nødvendig undersøkelse, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med operasjonen	Betales direkte av forsikrede eller refunderes av Selskapet
Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under operasjonen	Betales direkte av forsikrede eller refunderes av Selskapet
Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen, som for eksempel proteser og implantater	Betales direkte av forsikrede eller refunderes av Selskapet

Spesielle vilkår nr. 03.03.01

- Sykehusinnleggelse uten operasjon

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Sykehusinnleggelse uten operasjon.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Sykehusinnleggelse uten operasjon er en sykeforsikring som etter nærmere regler omfatter:

- Utgifter til behandling (som ikke er operasjon) ved innleggelse i private sykehus
- Utgifter til rehabilitering

2.1. Behandling i privat sykehus

Forsikringen dekker utgiftene til medisinsk nødvendig behandling av fysiske (somatiske) sykdommer som krever overnatting i sykehus (men ikke operasjon). Det må foreligge henvisning fra lege og innleggelsen/ behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Hva som er dekket i forsikringen Sykehusinnleggelse uten operasjon:

Utgifter til medisinsk behandling (ikke operasjon) av fysisk sykdom på privat sykehus, som krever overnatting på sykehus, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige undersøkelser, tester og prøver på sykehuset i direkte og umiddelbar sammenheng med behandlingen	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under behandlingen på sykehuset	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen, som for eksempel proteser og implantater	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og en nødvendig del av sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til rehabiliteringsinstitusjonen av Selskapet

Spesielle vilkår nr. 03.04.01

- Legespesialistbehandling

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Legespesialistbehandling.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Legespesialistbehandling er en sykeforsikring som refunderer dokumenterte utgifter til medisinsk nødvendig behandling av forsikrede hos godkjent legespesialist og som ikke medfører innleggelse med overnatting på sykehus. Det må foreligge henvisning fra lege og behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Hva som er dekket i forsikringen Legespesialistbehandling:

Utgifter til behandling hos legespesialist etter henvisning fra lege og som er forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte av forsikrede og refunderes av Selskapet etter originale kvitteringer
Nødvendige undersøkelser, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med den behandling det er henvist for	Betales direkte av forsikrede og refunderes av Selskapet etter originale kvitteringer
Nødvendige medisiner og utstyr brukt under behandlingen hos legespesialisten	Betales direkte av forsikrede og refunderes av Selskapet etter originale kvitteringer

Spesielle vilkår nr. 03.05.01

- Kreftbehandling

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Kreftbehandling.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Kreftbehandling er en sykeforsikring som etter nærmere regler omfatter:

- Utgifter til diagnostisering, operasjon og primær behandling av kreftsykdommer på sykehus, inkludert cellegift- og strålebehandling
- Utgifter til rehabilitering

2.1. Behandling av kreft

Forsikringen dekker utgiftene til medisinsk nødvendig undersøkelse, operasjon og primærbehandling av kreft. Det må foreligge henvisning fra lege og innleggelsen/ behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Hva som er dekket i forsikringen Kreftbehandling:

Utgifter til diagnostisering og primærbehandling av kreftsykdommer på sykehus, herunder operasjoner, strålebehandling og cellegift, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige undersøkelser, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med kreftbehandlingen	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under behandlingen på sykehuset/klinikken	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen, som for eksempel proteser og implantater	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og en nødvendig del av kreftbehandlingen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til rehabiliteringsinstitusjonen av Selskapet

Spesielle vilkår nr. 03.06.01

- Fysikalsk behandling. Fysioterapi-, kiropraktor- og naprapatbehandling

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Fysikalsk behandling.

2. Hva forsikringen omfatter

Fysikalsk behandling er en sykeforsikring som refunderer dokumenterte utgifter til medisinsk nødvendig fysioterapi-, kiropraktor- og naprapatbehandling av forsikrede hos offentlig godkjent behandlere. Behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet og henvisning må foreligge der dette kreves.

Hva som er dekket i forsikringen Fysikalsk behandling:

Fysikalsk behandling. Det vil si behandling av offentlig godkjent fysioterapeut, kiropraktor og/eller naprapat, inntil 24 behandlinger per kalender år. Behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet og henvisning må foreligge der dette kreves	Betales direkte av forsikrede og refunderes av Selskapet etter originale kvitteringer
--	---

Spesielle vilkår nr. 03.13.01

- Psykologibehandling

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Psykologibehandling.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Psykologibehandling er en sykeforsikring som refunderer/dekker dokumenterte utgifter til medisinsk nødvendig behandling av forsikrede hos offentlig godkjent psykolog for lettere psykiske lidelser. Det må foreligge henvisning fra lege og behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Om ikke annet er avtalt, er antallet konsultasjoner begrenset til 12 per forsikringstilfelle.

Hva som er dekket i forsikringen Psykologibehandling:

Utgifter til behandling av lettere psykiske lidelser, etter henvisning fra lege når dette er forhåndsgodkjent av Selskapet, maksimalt 12 konsultasjoner per forsikringstilfelle	Betales direkte av forsikrede og refunderes av Selskapet etter originale kvitteringer
---	---

Spesielle vilkår nr. 02.07.01

- Organtransplantasjon

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Organtransplantasjon.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Organtransplantasjon er en sykeforsikring som etter nærmere regler omfatter:

- Utgifter ved organtransplantasjon i privat sykehus
- Utgifter forbundet med reise og opphold i forbindelse med organtransplantasjonen eller rehabiliteringen
- Utgifter til rehabilitering

Hva som er dekket i forsikringen Organtransplantasjon:

Utgifter ved organtransplantasjon, henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige undersøkelser, tester og prøver på sykehuset i direkte og umiddelbar sammenheng med organtransplantasjon	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under organtransplantasjonen på sykehuset	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen (proteser, implantater)	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Oppholdsutgifter (kost og losji) på sykehus i forbindelse med organtransplantasjonen	Betales direkte til sykehuset av Selskapet
Reise- og nødvendige oppholdsutgifter for den forsikrede i forbindelse med organtransplantasjonen/rehabiliteringen, når reisen er forhåndsgodkjent av Selskapet	Refunderes av Selskapet
Reise- og nødvendige oppholdsutgifter for en voksen ledsager i forbindelse med organtransplantasjonen/ rehabiliteringen når den forsikrede ikke er fylt 18 år og reisen er forhåndsgodkjent av Selskapet	Refunderes av Selskapet
Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Skandinavia. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og nødvendig del av sykehusbehandlingen. Den må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Betales direkte til rehabiliteringsinstitusjonen av Selskapet

Spesielle vilkår nr. 02.08.01

- Sykehuspenger

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Sykehuspenger.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Sykehuspenger er en sykeforsikring som omfatter kontant utbetaling per natt forsikrede er innlagt på privat eller offentlig sykehus, maksimum 25 netter per kalenderår.

Døgnbeløpet fremgår av forsikringsbeviset.

3. Hvem som er forsikret

Forsikringen Sykehuspenger gjelder for den som er angitt som forsikret person med navn, adresse og fødselsnummer på forsikringsbeviset.

4. Hvor forsikringen gjelder

Forsikringen Sykehuspenger gjelder for innleggelse og behandling på privat sykehus samt ved innleggelse på offentlig sykehus i Norden.

5. Når forsikringen gjelder

Forsikringen Sykehuspenger gjelder ved sykehusinnleggelse som har skjedd etter at forsikringen trådte i kraft og så lenge forsikringen er gyldig.

Spesielle vilkår nr. 02.11.01

- Kritisk Sykdom

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkårene i ERGO Forsikring AS gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Kritisk Sykdom

2. Hva er forsikringen Kritisk Sykdom

Forsikringen Kritisk Sykdom er en sykeforsikring hvor forsikringssummen utbetales enten:

- dersom forsikrede får endelig stilt diagnose hjerteinfarkt, hjerneslag, hjernesvulst, multippel sklerose, kreft, motornevro sykdom, permanent lammelse, blindhet, døvhet, tap av taleevnen, nyresvikt, store brannskader eller mistet ben og armer eller
- dersom forsikrede har fått utført operasjon, inkl. angioplastikk for å korrigere innsnevring eller blokkering av hjertets kransarterier, eller åpen hjerteoperasjon for å sette inn en ny hjerteklaff eller
- dersom forsikrede settes på venteliste i Norge for transplantasjon, eller har fått utført transplantasjon, av hjerte, lunge, nyre, lever eller benmarg

For nærmere definisjoner av sykdommene og eventuelle unntak, se pkt 3.

3. Forsikringens omfang og begrensninger

3.1. Nærmere beskrivelse av de enkelte sykdommer

For å gi en presis avgrensning av sykdommene og begrensningene, bruker vi en del medisinske faguttrykk.

Hjerteinfarkt

Død av en del av hjertemuskulaturen som følge av sviktende blodtilførsel til dette området. Diagnosen skal være stilt på bakgrunn av ferske forandringer typisk for hjerteinfarkt ved EKG og utsagnskraftig økning av hjerte markører. Tilstedeværelsen av typiske brystmerter kan benyttes som tilleggskriterium.

Hjerneslag

Rask utvikling (innen 72 timer) av kliniske tegn på lokalisert forstyrrelse av hjernens funksjon, med tegn på permanent skade bekreftet av lege tidligst 6 uker etter hendelsen. Årsaken skal være hjerneblødning eller hjerneinfarkt som skal være bekreftet ved CT eller MR. I tvilstilfelle skal diagnosen bekreftes av nevrolog.

Forsikringen dekker ikke:

- hjerneskade som følge av generell svikt i tilførsel av blod/oksygen til hjernen selv om kravene i definisjonen av hjerneslag er oppfylt
- hjerneskade som følge av infeksjonssykdommer, arteriebetennelse (arteritt) av alle slag, svulster ut over det som er definert i vilkårene under kreft og hjernesvulst, skader/ulykker eller migrene selv om definisjonene for hjerneslag er oppfylt
- demens forårsaket av sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen
- vaskulær sykdom som affiserer synsnerven eller øyet, hørsel-/ balansenerven eller tilhørende sanseorgan (labyrinten med høreorganet og likevektorganet), samt enhver isolert skade av likevektapparatet for øvrig (sentral eller perifer vestibulær affeksjon)

Kreft

Tilstedeværelse av ondartet svulst (en svulst som ikke er innkapslet og har egenskap at den kan infiltrere og danne metastaser). Inkludert i kreftdiagnosen er også leukemi og maligne lymfomer. Diagnosen må underbygges med histologisk beskrivelse av malignitet.

Forsikringen dekker ikke:

- enhver hudkreft (inklusive leppe). Maligne melanomer som har en tykkelse over 0,5 mm er likevel dekket
- alle svulster som er histologisk beskrevet som premaligne eller som bare viser tidlige maligne forandringer som ved cancer in situ

Spesielt betyr dette at følgende tilstander ikke dekkes:

- i urinblære og i tykktarm/endetarm dekkes ikke svulster som ikke vokser inn i muscularis (T1 No Mo eller lavere i klassifiseringssystemet TNM)
- i prostata dekkes ikke svulster som ikke er palpable eller påvisbare ved billediagnostikk (T1 No Mo eller lavere i klassifiseringssystemet TNM)
- i livmorhals (cervix uteri) dekkes ikke cancer in situ (Tis eller lavere i klassifiseringssystemet TNM)

Intraductal cancer mamma er likevel dekket.

Hjernesvulst

Omfatter svulster som utvikles fra vev i hjernen eller hjernehinne. Hjernesvulster gir rett til erstatninger også når de kun sprer seg lokalt og ikke gjennom dattersvulster. Diagnosen skal stilles av spesialist i nevrologi/nevrokirurgi, og det skal ved spesialundersøkelse (CT/MR) være påvist operasjonstrengende, intrakraniell svulst.

Forsikringen dekker ikke:

Abcesser, cyster, granulomer, hemato-mer og malformasjoner i blodårer.

Multipel sklerose

Uomtviselig diagnostisert multipel sklerose. Diagnosen må være stilt av spesialist i nevrologi. Forsikrede må ha nevrologiske utfall som har vart i mer enn seks måneder, eller i det minste ha hatt ett tilbakefall av slike utfall. Diagnosen må verifiseres ved typiske symptomer på demyelinisering og svekkelse av bevegelse og følelse samt ved MR-undersøkelse.

Gjennomført hjerteoperasjon

Gjennomført hjerteoperasjon for å korrigere innsnevring eller blokkering av hjertets koronararterier der det er objektive funn (arbeids-EKG eller scintigrafi) på koronar hjertesykdom, og der adekvat medikamentell behandling ikke har vært tilstrekkelig effektiv. Åpen hjerteoperasjon for total erstatning av hjerteklaff er også omfattet av forsikringen.

Gjennomført angioplastikk

Gjennomført angioplastikk for å korrigere innsnevring eller blokkering av hjertets koronararterier, der adekvat

medikamentell behandling ikke har vært tilstrekkelig effektiv.

Ethvert krav om erstatning må dokumenteres med følgende:

1. En redegjørelse fra behandlende spesialist i hjertesykdommer om tidligere behandling og medisiner
2. Kopi av EKG som viser signifikante forandringer (dvs ST-senkning på to millimeter eller mer) etter gradert fysisk belastning (arbeids-EKG) eller tilsvarende hjertescintigrafiske forandringer
3. Kopi av beskrivelse av koronar angiografi hvor det er minst 70 % arealforsnevring av to eller flere av hjertets koronararterier, eller venstre koronararteries hovedstamme, eller den øverste tredjedel av venstre descendens koronararterie

Organtransplantasjon

Utført transplantasjon eller satt på venteliste for transplantasjon i Norge av hjerte, lever, lunge, nyre eller benmarg. Ekskludert er all autotransplantasjon.

Motornevro sykdom

Motornevro sykdom av ukjent årsak. Omfatter diagnosene amyotrofisk lateralsklerose, primær lateralsklerose, progressiv spinalmuskelatrofi og progressiv bulbærparese.

Lammelser

Omfatter tverrsnittslammelse i ryggmargen som skyldes sykdom eller ulykke. Det kreves fullstendig lammelse av begge ben og/eller begge armer, eller minst en arm og ett ben. Lammelsen skal være varig og diagnosen skal være stilt av spesialist i nevrologi.

Nyresvikt

Nedsatt eller helt opphevet nyrefunksjon i begge nyrer som krever varig dialyse eller transplantasjon. Diagnosen skal stilles av spesialist i nyresykdommer.

Blindhet

Totalt og permanent synstap på begge øyne som følge av akutt sykdom eller ulykke. Totalt synstap tilsvarer synsstyrke på 1/50 eller dårligere på beste øye med beste korreksjon. Blindheten må bekreftes av spesialist i øyesykdommer.

Døvhets

Totalt og permanent tap av hørsel på begge ører, med beste hørselshjelpemiddel, som skyldes akutt sykdom eller ulykke. Diagnosen må bekreftes av spesialist i øre-nese-halssykdommer og resultat av audiometri og lydterskelprøve må fremlegges.

Tap av taleevnen

Totalt og permanent tap av taleevnen (afasi) i et sammenhengende tidsrom av minst 12 måneder. Diagnosen skal være bekreftet av spesialist i nevrologi. Unntatt er psykogent tap av taleevnen.

Store brannskader

Tredjegradsforbrenning (termisk eller kjemisk) på mer enn 20% av kroppsoverflaten målt ved "rule of nine" eller tilsvarende metode. Diagnosen skal være bekreftet av spesialist i plastisk kirurgi.

Tap av ben og armer

Totalt tap av del av minst to lemmer over ankelledd eller håndledd og der rekonstruktiv kirurgi ikke er mulig. Diagnosen må bekreftes av spesialist i kirurgi eller ortopedi.

3.2. Begrensninger

Det er en forutsetning for utbetaling at forsikringen er i kraft og at forsikrede er i live 30 dager etter at diagnosen er endelig stilt, operasjonen er gjennomført eller forsikrede er oppført på venteliste.

Se i tillegg Unntak og begrensninger foran i dette heftet, samt punktene 4.2 og 11.2 i de generelle vilkårene.

3.3. Opphør

Forsikringen Kritisk Sykdom opphører

- ved forsikredes fylte 67 år eller ved tidligere avtalt dato
- ved utbetaling av en erstatning
- ved symptom i symptomperioden

4. Utbetaling

Forsikringen utbetales til forsikringstaker i samsvar med reglene i forsikringsavtaleloven § 15-1 dersom ikke særskilt begunstiget er oppnevnt.

Viktig å vite:

- Forsikringen Kritisk Sykdom dekker en del vanlige, alvorlige sykdommer. Svært tidlige stadier av disse sykdommene er likevel ikke alltid dekket
- Forsikringen Kritisk Sykdom dekker ikke sykdommer som har vist symptom de første tre månedene etter at du søkte om forsikringen
- Det er en forutsetning for utbetaling at du er i live 30 dager etter at diagnosen er endelig stilt, operasjonen er gjennomført eller forsikrede er oppført på venteliste
- Du er ikke dekket for alle alvorlige sykdommer. Sykdommer som ikke er med blant sykdommene i § 2 og 3, er ikke omfattet av forsikringen

Vilkårene for Kritisk Sykdom inneholder en del medisinske faguttrykk. Nedenfor har vi gitt en forenklet forklaring på en del av dem. Er du i tvil, kontakt Ergo Forsikring eller legen din.

abcess - hulrom med puss (infisert væske)

afasi - tap av taleevnen

amyotrofisk lateralsklerose - motornevronssykdom, se dette

angiografi - røntgenundersøkelse for å undersøke blodårer

angioplastikk - ballongutvidelse

(brukes bl.a. til å utvide forsnevninger i en blodåre)

arterie - pulsåre

audiometri - hørselsprøve

autotransplantasjon - legemsdel som blir transplantert tilbake igjen på sam-me individ

cancer in situ - kreft på tidlig stadium, egentlig før kreftcellene har rukket å vokse inn i det vevet som omgir dem

cerebrovaskulær - som gjelder blodårene i hjernen

CT - computer tomografi

(en avansert røntgenundersøkelse)

cyste - væskefylt hulrom

demyelinisering - myelinhylsen (en slags slire som omgir nervefibre) blir borte

descendens - nedstigende

dialyse - blodrensing ved opphevet og sterkt nedsatt nyrefunksjon

EKG - elektrokardiogram

fokal - avgrenset

granulom - ansamling av betennelsesceller
hematom - ansamling av blod
histologisk - beskrivelse av vevet slik det ser ut i mikroskop
hjertermarkører - stoffer fra hjertet som skiller ut ved skade av hjertemuskel, kan påvises i blodprøve
hovedstamme - hoved-koronararterie (den største delen av en pulsåre)
in situ - "på stedet" (dvs. lokal)
intraductal cancer mamma - et tidlig stadium av brystkreft
intrakraniell - inne i skallen
ischemisk - sviktende blodtilførsel
koronararterie - pulsåre som forsyner hjertemuskulaturen med blod
koronar angiografi - røntgenundersøkelse av koronararterier etter innføring av kontrastvæske
koronar hjertesykdom - sykdom i en eller flere koronararterier i hjertet
leukemi - blodkreft
lydterskelprøve - metode for å bestemme hørselstap
malformasjon - misdannelse
malign - ondartet
maligne lymfomer - ondartet svulst i lymfatisk vev
maligne melanomer - ondartet føflekksvulst
metastase - spredning av en svulst til et nytt sted
motornevro sykdom - sykdom som angriper nervebaner og nerverøtter i hjerne og ryggmarg
MR - magnetisk resonans (en røntgenlignende undersøkelse som i mange tilfelle gir bedre bilde enn vanlig røntgen og CT)
palpabel - en svulst som kan kjennes av legen ved undersøkelse
pre-malign - et tidlig utviklingsstadium av en svulst (før den har utviklet seg til kreft)
primær lateralsklerose - motornevro sykdom, se dette
progressiv bulbærparese - motornevro sykdom, se dette
psykogen - som har med psykiske forhold å gjøre
"rule of nine" - metode for å bestemme kroppsoverflate. Hele ryggen utgjør f.eks. 18% av kroppsoverflaten sequele følger tilstand.
scintigrafi - bildeopptak av stråling fra et radioaktivt stoff i kroppen

spinalmuskelatrofi - motornevro sykdom, se dette

ST - del av den kurven som framstilles ved EKG

termisk - som har med høy temperatur å gjøre

tredjegradsforbrenning - dyp brannskade som

omfatter hud, underhud og underliggende vev

TNM - et klassifiseringssystem som sier noe om alvorlighetsgraden ved kreft

vaskulær - har med blodårene å gjøre

vestibulær - har med balanseorganet i det indre øret å gjøre

Hvordan gå frem ved klager

Klager til selskapet

En forespørsel om, eller klage på, forsikringen kan rettes til ERGO Forsikring per telefon, per e-post eller i vanlig post.

Hvis det er klager som vurderes som alvorlige anbefales skriftlig henvendelse.

ERGO Forsikring AS

Postboks 464

1327 Lysaker

Tlf. 800 83313

Telefaks: 22 31 13 70

E-post: infohelse@ergo.no

NB!

Din klage vil bli raskest og riktigst behandlet hvis du oppgir nøyaktig navn og adresse på forsikring - staker og avtalenummeret på forsikringsbeviset.

Videre klageinstans:

Hvis du er misfornøyd med klagebehandlingen til ERGO Forsikring, kan saken bringes inn for: Forsikringskadenemnda eller Avkortningsnemnda

Nemndene er oppnevnt med hjemmel i lov og har som oppgave å behandle klager og tvister fra forsikringskunder. Avgjørelser i nemndene er ikke rettslig bindende.

Henvendelse må i så fall rettes til:

Forsikringsklagekontoret

Postboks 53, Skøyen

0212 Oslo

Tlf. 23 13 19 60

Telefaks 23 13 19 70

Besøksadresse:

Drammensveien 145, 5. etg

Hvis den avgjørelse som er truffet i Forsikringskadenemnda eller Avkortningsnemnda bestrides av kunden eller forsikringsselskapet, må saken bringes inn for ordinær domstolsbehandling for avgjørelse.

Definisjoner og ordforklaringer

Definisjonene under fastlegger betydningen av disse ordene i forsikringsavtalen.

Selskapet/forsikringsgiver

ERGO Forsikring AS
www.ergo.no/helse

Forsikringstaker

Forsikringstaker er den som inngår en forsikringsavtale med Selskapet. Forsikringstaker har eiendomsrett og disposisjonsrett over forsikringen.

Forsikrede

Forsikrede er den person hvis helse forsikringen gjelder for.

Individuell forsikringsavtale

Forsikring som omfatter enkeltpersoner inngått på individuelt grunnlag.

Kollektiv forsikringsavtale

Forsikring som omfatter personer i en nærmere angitt gruppe.

Medlemmer

Medlemmer er de forsikrede i en kollektiv forsikringsavtale som fyller opptaksvilkårene nedfelt i forsikringsavtalen.

Norden

Norden omfatter i denne forsikringen Norge (eksklusiv Svalbard), Sverige, Finland og Danmark (eksklusive Grønland og Færøyene).

Forsikringstiden

Forsikringstiden er den tiden den avtalte forsikringen er i kraft. Forsikringen fornyes for 1 år av gangen. For den enkelte forsikrede, som er del av en gruppeavtale, menes forsikringstiden den perioden vedkommende tilhører den gruppen forsikringsavtalen omfatter.

Forsikringstilfelle

Forsikringstilfelle starter på det tidspunkt da forsikrede blir undersøkt eller oppsøker behandler for dekningsmessig sykdom eller skade. Flere sykdomstilfeller og

skader med klar medisinsk sammenheng regnes som ett forsikringstilfelle.

Allmennlege

Lege i primærhelsetjenesten som ikke er spesialist, ofte kalt primærlege eller allmennpraktiker. Spesialist i allmennmedisin regnes som allmennlege.

Lege

Legeutdannet person med offentlig godkjenning til å behandle pasienter av myndighetene i det land vedkommende utøver sin virksomhet.

Legespesialist

Offentlig registrert og godkjent legespesialist. Spesialist i allmennmedisin regnes som allmennlege.

Pasient

Person som undersøkes og/eller behandles for et medisinsk tilfelle av offentlig godkjent helsepersonell.

Privatpasient

Pasient som selv eller via privat forsikringsselskap dekker kostnadene for mottatt undersøkelse/behandling fra sykehus eller spesialist.

Behandlingssted

Den institusjon eller det kontor hvor konsultasjon og behandling i regi av spesialist eller helseinstitusjon foregår og normalt skal foregå.

Sykehus

En institusjon med offentlig godkjenning som sykehus, for behandling av fysisk (somatisk) syke og skadede personer.

Privat sykehus

Et sykehus som behandler privatpasienter.

Arbeidsfør/arbeidsdyktig

Med arbeidsfør menes at vedkommende er helt arbeidsdyktig tilsvarende heltidsstilling. Den som er helt eller delvis sykmeldt eller mottar stønad fra Folketrygden for hel eller delvis arbeidsuførhet, regnes ikke under noen omstendighet som fullt arbeidsdyktig.

Henvisning

Henvisning er et skjema som fylles ut av offentlig godkjent behandler med henvisningsrett. Henvisningen skal dokumentere nødvendig medisinsk indikasjon for å starte behandling.

Plage

Tilstand som medfører unormalt ubehag og/eller smerte og som innebærer nedsatt funksjonsevne.

Symptom

Subjektive eller objektive tegn på kroppslig tilstand som forbindes med sykdom.

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, og som oppleves som behandlingstrengende av den syke og dennes lege.

Ulykkesskade/skade

Med ulykkesskade forstås en skade på kroppen ved en plutselig uventet ytre hendelse – ulykkestilfellet.

Kreft

Ondartet sykdom som manifesterer seg ved uhemmet, ikke kontrollerbar cellevekst og dannelse av svulster som infiltrerer, ikke er innkapslet og som kan danne datter-svulster (metastaser). Leukemi og maligne lymfomer er også kreft. Diagnosen skal stilles av offentlig- eller privat sykehus eller spesialist godkjent av Selskapet, ved hjelp av mikroskopisk undersøkelse av deler av kroppsvæv eller væske.

Psykisk sykdom

Forstyrrelse av normale psykiske tilstander og prosesser som oppleves som behandlingstrengende.

Lettere psykiske lidelser

Lettere psykiske lidelser er angstlidelser, lett – moderat depresjon, fobier, tvangslidelser og psykiske reaksjoner på livshendelser.

Psykose og annen alvorlig psykisk sykdom (jf unntak i pkt 18 pkt 5)

Schizofreni og andre akutte og kroniske psykoser, manisk depressiv lidelse, alvorlig depressiv lidelse, personlighetsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser.

Prøver

Undersøkelser av kroppsvæsker, vev eller organ utført av autorisert personell for å identifisere mulige sykdoms-tilstander, og som er forordnet av lege.

Behandling

Undersøkelse og/eller terapeutiske tiltak utført av autoriserte eller annen offentlig godkjent helsepersonell i det landet de opererer. For at behandlingen skal være dekket av forsikringen må den være alminnelig akseptert i det medisinske fagmiljø i Norden. Behandling må være forsvarlig og risiko samt kostnader må stå i forhold til nytteeffekten.

Påbegynt behandling

Behandling som er startet etter henvisning (rekvisisjon) fra allmennlege.

Dagkirurgi

Operasjon som ikke krever overnatting.

Poliklinisk behandling

Medisinsk undersøkelse og/eller behandling av spesialist som ikke krever sengeleie eller overnatting på sykehus.

Sykehusinnleggelse

Behandling og/eller undersøkelse på privat sykehus, når behandlingen eller undersøkelsen av medisinske årsaker nødvendiggjør at pasienten ligger på sykehuset over minst en natt.

Operasjon

Kirurgisk inngrep som innebærer gjennomskjæring av hud eller slimhinne for å behandle (iverksette terapeutiske tiltak) eller fjerne sykt organ eller legeme. Gjelder ikke undersøkelser. For at operasjonen skal være dekket av forsikringen må den være alminnelig akseptert i det

medisinske fagmiljø i Norden. Operasjonen må være forsvarlig og risiko, samt kostnader må stå i forhold til nytteeffekten. Operasjon skal være utført på sykehus, klinikk eller annen institusjon der slike inngrep naturlig foretas, og av lege som er autorisert til å utføre behandlingen. Operasjon kan også omfatte laserbehandling.

Laserbehandling

Behandling med medisinsk laserinstrument som erstatter kirurgisk inngrep.

Fysikalsk behandling

Fysioterapi-, kiropraktor- og naprapatbehandling etter aksepterte behandlingsmetoder av fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat med offentlig godkjenning i det land behandlingen utføres.

Kosmetisk behandling

Behandling som ikke er medisinsk nødvendig og som er utført med det formål å modifisere pasientens utseende i favør av det som denne oppfatter som mer tilfredsstillende.

Rehabilitering

Behandling/tiltak for å trene opp funksjoner utført av offentlig godkjent helsepersonell i det land rehabiliteringen utføres.

Øyeblikkelig hjelp

En uforutsett akutt sykdom/skade eller en akutt forverring av kjent sykdom, som krever umiddelbar behandling.

FAL - Forsikringsavtaleloven

Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69.

Denne loven regulerer de viktigste rettigheter og plikter i forholdet mellom kunden og forsikringsselskapet.

ERGO Forsikring AS

Hovedkontor: Professor Kohts vei 9, Postboks 464, N-1327 Lysaker, Telefon 08880, www.ergo.no/helse

