



FORSIKRINGSVILKÅR P 950 Behandlingsforsikring

ProHelse

Gjelder fra 01.01.2024
Erstatter 01.01.2023

Forsikringen dekker

Dekningselementer	ProHelse
Helpline (RGS)	Ja
Behandling hos spesialist	Ja
Røntgen og bildediagnostikk	Ja
Dagkirurgi	Ja
Sykehusinnleggelse/operasjoner	Ja
Rehabilitering	Ja
Second opinion	Ja
Psykologisk førstehjelp	Ja
Antall fysiske behandlinger per år	6
Egenandel per fysiske behandlinger	0
Behandling hos psykolog	Nei
Rusavvenning	Nei
Videolege	Ja
Videolege egenandel	0

Forsikringsvilkår P950 Helseforsikring

1. Hva forsikringen kan omfatte.....	1
2. Spesielle definisjoner.....	1
3. Krav til helse	2
4. Når skade konstateres/Forsikringstilfellets inntreden	2
5. Hvem forsikringen gjelder for.....	2
6. Dekning ved Helseforsikring.....	3
7. Erstatningsoppgjør	5
8. Hvilke vilkår benyttes ved skadeoppgjør.....	8
9. Forhold til de generelle vilkår.....	8

I tillegg til disse vilkår gjelder:

- Forsikringsbeviset med angitte spesifikasjoner og særvilkår.
- Forsikringsvilkår P900 Generelle vilkår.
- Forsikringsavtaleloven (fal.) av 16. juni 1989.

1. Hva forsikringen kan omfatte

Når det er avtalt og angitt i forsikringsbeviset, omfatter forsikringen:

- Helseforsikring

All behandling skal forhåndsgodkjennes av foretaket.

2. Spesielle definisjoner

2.1. Eksperimentell/utprøvende behandling

Eksperimentell behandling er udokumentert behandling som ikke er ledd i kontrollerte undersøkelser, og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig klarlagt.

Utprøvende behandling er behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men der kravene til fullverdig dokumentasjon som gjelder etablert behandling, ennå ikke er tilfredsstillende.

2.2. Henvisningsrett/rekvisisjonsrett

Helsepersonell med henvisningsrett.

2.3. Legespesialist

Med legespesialist menes en lege med spesialisering innenfor et spesifikt fagområde. Med unntak av spesialist i allmennmedisin- og psykiatri.

2.4. Lege

Lege skal være offentlig registrert og godkjent. Vedkommende kan ikke være slektning eller nær venn av den forsikrede.

Gjelder fra: 01.01.24

Erstatter P950 01.01.23

2.5. Norden

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

2.6. Operasjonsindikasjon

Med operasjonsindikasjon menes forhold ved helsen som av medisinske årsaker og etter kirurgiskmedisinsk vurdering gir grunnlag for operasjon.

2.7. Øyeblikkelig hjelp

Med øyeblikkelig hjelp menes operasjoner eller behandling som utføres som ledd i akutt behandling.

3. Krav til helse

3.1. Krav til arbeidsdyktighet

Dekningen gjelder kun ansatte som var 100 % arbeidsdyktige ved inntreden i forsikringsordningen. For arbeidstakere som blir 100 % arbeidsdyktige på et senere tidspunkt, gjelder forsikringen fra det tidspunkt vedkommende er blitt 100 % arbeidsdyktig.

3.2. Krav til helseerklæring

Når opprettelsen av forsikringen i tillegg til 100 % arbeidsdyktighet er avhengig av godkjent helse, gjelder forsikringen fra innmeldingstidspunktet under forutsetning av at helsen blir godkjent.

4. Når skade konstateres/Forsikringstilfellets inntreden

Forsikringstilfellet oppstår på det tidspunkt det utstedes henvisning (der dette kreves) på – et forhold som er omfattet av forsikringsvilkårene. For de forhold som ikke krever henvisning, anses forsikringstilfellet å være den dato skaden er meldt til foretaket.

Krav til henvisningen:

- Må dokumentere nødvendig medisinsk indikasjon for å starte utredning og behandling.
- Må være utstedt i løpet av de siste 12 måneder før foretaket mottar henvisningen fra forsikrede. Har henvisningen kortere gyldighet, eks. billeddiagnostikk, gjelder denne.
- Henvisning til spesialistkonsultasjon må være utstedt av lege eller annet helsepersonell med henvisningsrett.
- Henvisning til operasjon må være utstedt av legespesialist med norsk offentlig godkjent autorisasjon som arbeider i spesialisthelsetjenesten.

Henvisning til utredning, behandling eller operasjon som er igangsatt når forsikringen trer i kraft, vil ikke ansees som et nytt forsikringstilfelle.

5. Hvem forsikringen gjelder for

Dersom ikke annet er avtalt og angitt i forsikringsbeviset, omfatter dekning ved helseforsikring alle arbeidstakere under 67 år som er fast ansatt hos forsikringstakeren, med fast bostedsadresse i Norden, og som har medlemskap i norsk folketrygd eller tilsvarende trygdeordning i Norden på det tidspunkt forsikringstilfellet inntraff.

Dette forsikringsvilkåret gjelder også for medforsikret, dersom helseforsikring er etablert for disse.

Dersom barn er forsikret under dekningen, gjelder denne for barn under 25 år og som bor på samme folkeregistrerte adresse som hovedforsikret.

Gjelder fra: 01.01.24

Erstatter P950 01.01.23

6. Dekning ved Helseforsikring

Forsikringen dekker rimelig og nødvendige utgifter til utredning, behandling eller operasjon i spesialisthelsetjenesten når forsikrede får utstedt ny henvisning til utredning, behandling eller operasjon i forsikringstiden.

Behandlingsmetoden skal være alminnelig akseptert i det norske medisinske miljø som medisinsk nødvendig, rasjonell og tilstrekkelig behandling for den aktuelle lidelse og i det aktuelle tilfellet. Behandlingen må kunne helbrede eller utbedre sykdommen eller skaden med utsikt til varig resultat. Ved langvarig sykdomstilstand vil behandlingen, i påvente av det offentlige, dekkes inntil man kan tre inn det offentlige helsevesen.

Hypppighet av kontroller eller repeterende behandling skal være slik fagspesialisten til enhver tid anbefaler det.

Det fremkommer av forsikringsbevis hvilke deknings som er omfattet av forsikringen.

6.1. Behandling hos legespesialist

Forsikringen dekker utgifter til utredning og behandling henvist av lege.

6.2. Billediagnostikk

Billediagnostikk etter henvisning av lege.

- Røntgen
- PET scan
- CT
- MR
- Ultralyd
- Mammografi
- Benskjørhetsmåling

6.3. Sykehusinnleggelse/Operasjon

Forsikringen dekker utgifter til utredning, operasjon og annen behandling henvist av legespesialist. Billediagnostikk og laboratorieprøver som er nødvendige for behandlingen, er dekket.

6.4. Oppholds- og reiseutgifter

Ved operasjon og annen behandling på sykehus, og ved utredning eller behandling hos legespesialist, dekkes forsikredes reiseutgifter mellom fast bosted i Norge og nærmeste tilbudte behandlingssted etter statens satser for pasientreiser. Dette gjelder også nødvendig hotellopphold som ledd i reisen. Oppholds og reiseutgifter som skal dekkes av forsikringen må forhåndsgodkjennes av foretaket.

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 pasientreiser.

Når det er medisinsk nødvendig å ha med ledsager, og foretaket godkjenner dette, dekkes dennes nødvendige utgifter til overnatting og reise etter samme regulativ. Dekning av nødvendige oppholds- og reiseutgifter gjelder ved behandling som er dekket og betalt av forsikringen, inkludert reise i forbindelse med rehabiliteringsopphold.

Oppholds og reiseutgifter i forbindelse med psykolog- og fysikalsk behandling dekkes ikke.

6.5. Rehabilitering

Forsikringen dekker utgifter til nødvendig etterkontroll og rehabilitering etter gjennomført operasjon som er dekket og betalt av forsikringen. Nødvendig rehabilitering dekkes i inntil fire uker, etter de samme faglige retningslinjer som det offentlige benytter. Ved gjennomført operasjon i det offentlige kan rehabilitering dekkes i inntil fire uker, dersom det fremlegges dokumentasjon på utført operasjon.

6.6. Kreftbehandling

Forsikringen dekker utgifter til medisinsk nødvendig undersøkelse, operasjon og primærbehandling av kreft. Det må foreligge henvisning fra lege som er offentlig godkjent kreftspesialist i Norge.

Hva som er dekket i forsikringen:

- Utgifter til diagnostisering og primærbehandling av kreftsykdommer på private sykehus, herunder operasjoner, strålebehandling og cellegift.
- Nødvendige undersøkelser, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med kreftbehandlingen.
- Nødvendige medisiner og utstyr brukt under behandlingen på sykehuset/klinikken.
- Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen, som for eksempel proteser og implantater.
- Rehabilitering i inntil 14 døgn på en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og en nødvendig del av kreftbehandlingen.
- Immunterapi som dekkes i forbindelse med kreftbehandling i det offentlige dekkes, i tillegg dekkes kreftbehandling i form av immunterapi når immunterapi er godkjent av European Medicines Agency (EMA) som behandling for den aktuelle kreftdiagnosen. Behandlingen skal ha til hensikt å helbrede.

6.7. Second opinion

Ved særskilt risikofylt behandling eller livstruende sykdom og skade, dekker forsikringen utgiftene til konsultasjon hos legespesialist for ny medisinsk vurdering. Garantitiden gjelder ikke og det dekkes kun én second opinion per diagnose.

6.8. Psykologisk førstehjelp

Forsikringen dekker inntil 10 timer psykologisk førstehjelp som følge av psykiske reaksjoner som skyldes plutselig og uforutsett hendelse som vold, ran, alvorlig trafikkulykke eller dødsfall når forsikrede selv blir rammet av eller er til stede ved slike hendelser uten selv å være fysisk skadet.

Dekningen gjelder for alle medlemmer av den forsikredes faste husstand.

I de tilfeller en kunde er omfattet av flere personforsikringer i foretaket med dekning for psykologisk førstehjelp, dekkes slik hjelp kun under en av disse for en og samme hendelse.

6.9. Helsehjelp på telefon

Forsikringen dekker rådgivning på telefon om helse og sykdom. Forsikrede tar selv kontakt ved behov for medisinsk veiledning og/eller helseinformasjon. Tjenesten har døgnåpent alle dager og kan benyttes av alle medlemmer av den faste husstand.

6.10. Videolege

Forsikringen dekker videolege for konsultasjon vedrørende enkle medisinske problemstillinger. Tjenesten kan benyttes av forsikrede og forsikredes barn under 18 år. Det fremgår av forsikringsbeviset hvorvidt det er egenandel på bruk av videolege.

Gjelder fra: 01.01.24

Erstatter P950 01.01.23

6.11. Fysikalsk behandling

Fysikalsk behandling dekker nødvendig behandling av sykdom eller skade/plage hos offentlig godkjent:

- Fysioterapeut
- Manuellterapeut
- Kiropraktor
- Naprapat
- Osteopat

Behandlingen skal være individuell og målrettet for å forbedre funksjonsevnen og/eller sykdom/plage. Antall behandlinger som dekkes, er oppgitt i forsikringsbeviset og gjelder for en 12 måneders periode regnet fra dato for første behandling. Hver konsultasjon regnes som en behandling. Forebyggende behandling dekkes ikke.

Dersom egenandel ved fysikalsk behandling er avtalt, fremkommer dette av forsikringsbeviset. Velger forsikrede en behandler utenfor foretakets nettverk refunderes maksimalt kr 600 per behandling.

6.12. Behandling hos psykolog

Forsikringen dekker inntil 10 konsultasjoner hos psykolog innenfor Falck Helses nettverk av psykologer, henvist av lege eller psykolog. Antall konsultasjoner som dekkes gjelder for en 12 måneders periode regnet fra dato for første behandling. Hver konsultasjon regnes som en behandling. Forebyggende behandling dekkes ikke.

Dersom egenandel ved psykologbehandling er avtalt, fremkommer dette av forsikringsbeviset. Velger forsikrede en psykolog utenfor foretakets nettverk refunderes maksimalt kr 1200 per behandling.

6.13. Rus- og spillavvenning

Forsikringen dekker utgifter til rus- og spillavvenning, inntil 2 opphold på godkjent behandlingsinstitusjon for avvenning av rus- og spillavhengighet i løpet av forsikringstiden. Med forsikringstiden menes i denne sammenheng hele den tiden forsikrede er omfattet av arbeidsgivers avtale med foretaket, om helseforsikring som dekker rus- og spillavvenning. Erstatning for rus- og spillavvenning ytes dog kun en gang i løpet av en 5-årsperiode. Maksimal utgiftsdekning er totalt kr 150 000 pr forsikret i løpet av hele forsikringstiden.

7. Erstatningsoppgjør

Foretaket betaler utgiftene direkte til sykehuset, klinikken, legespesialisten eller andre behandlingssteder omfattet av Falck helseformidlings behandlingsnettverk. For transport- og oppholdskostnader betales refusjon til forsikrede, mot fremlagte originalkvitteringer med bilag. Disse må samlet overbringes/sendes foretaket uten unødig opphold og innen ett år etter at siste regning er påløpt.

7.1. Forfallstidspunkt

Erstatning forfaller til utbetaling når et forsikringstilfelle er inntruffet og krav om erstatning er meldt.

7.2. Generelle begrensinger

Dersom helseerklæring er levert, kommer forsikringen ikke til anvendelse ved operasjonsbehov eller behandlingsbehov som skyldes sykdom eller annen årsak foretaket har reservert seg mot.

7.2.1. Forsikringen dekker ikke:

- Øyeblikkelig hjelp og akutt behandling.

Gjelder fra: 01.01.24

Erstatter P950 01.01.23

- Behandling som ikke er medisinsk nødvendig, eller som er av eksperimentell og/eller utprøvende karakter.
- 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, jf. bestemmelsen i fal. § 13-8 og 13-9.
- Behandling av sykdom, skader eller ulykkestilfeller som er forårsaket av alkohol, andre rusmidler, medisin eller narkotiske preparater. Rusavvenning dekkes etter vilkårenes pkt. 6.13.
- Utredning og behandling knyttet til prevensjon, ufrivillig barnløshet, fosterdiagnostikk, oppfølging knyttet til svangerskap, sterilisering (omfatter og effekter/plager av tidligere utført sterilisering).
- Utredning og behandling knyttet til medfødte misdannelser, tilstander eller sykdommer.
- Behandling eller operasjon ved kjønnskifte.
- Utredning og behandling av seksuell dysfunksjon.
- Behandling eller operasjon som utføres i kosmetisk hensikt, og følgetilstander av slike inngrep.
- Kontroll og fjerning av føflekker der det ikke er mistanke om malignitet.
- Behandling eller operasjon for å fjerne, erstatte eller vedlikeholde proteser var til stede da forsikringen trådte i kraft.
- Avgivelse og transplantasjon av organ (organdonasjon, organtransplantasjon).
- Tannbehandling, inklusive behandling av sykdommer i tannkjøttet og kjevekirurgi.
- Behandling av overvekt, fedmeoperasjon, vektregulering, kostholdsveiledning, dietter samt følger av slik behandling.
- Dialysebehandling.
- Behandling av sykdommer som omfattes av smittevernloven.
- Utredning, behandling og operasjon av søvnproblemer, snorking eller søvnapne.
- Rekonvalesensopphold uten aktiv rehabilitering.
- Behandling hos psykiater eller ved behandlingsinstitusjon for schizofreni og andre akutte og kroniske psykoser, bipolar lidelse, alvorlig depressiv lidelse, personlighetsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser.
- Allmennlegetjenester eller tjenester fra spesialist i allmenntilleggsmedisin.
- Synstest, briller, kontaktlinser samt operasjon, inklusiv laserkirurgi, for korreksjon av nær- og langsynthet, brytningsfeil og medfødt skjelling.
- Tilpasninger til høreapparat samt avtagbart høreapparat.
- Helsesjekk, helseattester, screeningundersøkelser og vaksinasjon.
- Forebyggende undersøkelser eller behandlinger.
- Alternative behandlingsformer.
- Behandling og utredning av demenssykdom.
- Utgifter til avtalt undersøkelse, utredning, operasjon og annen behandling, etterkontroll, rehabilitering, reise- og opphold når forsikrede ikke møter.
- Utgifter til undersøkelse, utredning, operasjon og annen behandling, etterkontroll, rehabilitering, reise- og opphold som ikke er forhåndsgodkjent av foretaket.
- Kjøp og/eller leie av utstyr/hjelpemidler, samt kjøp av medisiner, permanente hjelpemidler og innredninger.
- Utprøvende behandling; dvs. behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men der kravene til fullverdig dokumentasjon i forhold til etablert behandling ennå ikke er tilfredsstillende.

- Kostnader i forbindelse med tolketjenester.

7.3. Behandlingssted

Forsikringen gjelder utredning og behandling i Norden med behandlere, sykehus og klinikker, fortrinnsvis så nær Norge som mulig, som foretaket har inngått avtale med eller offentlig helsevesen. Finner ikke foretaket ledig kapasitet og/eller kompetanse i Norden, kan foretaket henvise til behandling i Europa.

7.4. Garantitid

Garantitid er den maksimale tiden forsikrede må vente på undersøkelse, innleggelse, behandling eller operasjon. Forsikringen gir garantert time til fysikalsk behandling innen 10 virkedager, og for utredning hos legespesialist innen 10 virkedager. Sykehus- eller klinikkinnleggelse og annen medisinsk behandling garanteres innen 10 virkedager fra operasjonsindikasjon og diagnose er stilt av legespesialist. Dersom en annen garantitid er avtalt, skal dette komme frem av forsikringsbeviset.

Garantitiden løper fra første virkedag etter at foretaket har mottatt nødvendig dokumentasjon. foretaket står fritt til å vurdere behandlingssted.

Offentlige høytidsdager, julaften og nyttårsaften regnes ikke med i garantitiden. Garantitiden gjelder for første tilbudte undersøkelse, innleggelse, behandling eller operasjon for det aktuelle forsikringstilfellet.

Dersom garantitiden ikke overholdes utbetales en kompensasjon på kr 500 per dag fra utløpet av garantitiden frem til behandling igangsettes, dog ikke lengre enn i 30 dager.

Dersom forsikrede ikke aksepterer det første behandlingstilbudet fra foretaket, bortfaller garantien og foretaket er heller ikke forpliktet til å gi nytt tilbud eller utbetale det en operasjon eller behandling ville kostet.

Behandlingsgarantien gjelder ikke dersom:

- Forsikrede ikke aksepterer første behandlingstilbud fra foretaket.
- Forsikrede ønsker behandling på et tidspunkt etter utløpet av behandlingsgarantien.
- Behandlingen må utsettes på grunn av medisinske årsaker.
- Ved ferieavvikling på behandlingsstedet.
- Uforutsette forhold utenfor foretakets og/eller behandlers kontroll gjør det umulig å overholde garantitiden (force majeure).
- Forhold hos forsikrede selv.
- Behandlingen utføres utenfor Norge.

7.5. Behandlingsstedets ansvar

Foretaket har inngått avtaler med private sykehus/klinikker for behandlingstilbud til de forsikrede. Operasjonen eller behandlingen og konsekvenser av denne er behandlingsstedets ansvar.

7.6. Foretakets samlede erstatningsplikt

Foretakets ansvar er begrenset til NOK 3 000 000 per skadetilfelle.

7.7. Rett til behandling ved opphør av kollektive helseforsikringer

For kollektive forsikringer, stopper retten til behandling for allerede igangsatt behandling 3 måneder etter at forsikringen har opphørt for det enkelte medlem i den kollektive forsikringsavtalen. Rett til behandling gjelder dog ikke i noe tilfelle om den forsikrede:

- Har vært omfattet av forsikringen kortere enn seks måneder når den opphørte å gjelde.
- Ved behandling som ikke krever henvisning, 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.

8. Hvilke vilkår benyttes ved skadeoppgjør

Ved krav om utbetaling under forsikringen, benyttes de vilkår som gjelder ved forsikringstilfellets inntreden.

9. Forhold til de generelle vilkår

Disse vilkår må ses i sammenheng med de generelle vilkår. Vilårene for Helseforsikring gjelder foran ved eventuell motstrid.