



FORSIKRINGSVILKÅR

P 950 Behandlingsforsikring

ProHelse Pluss

Gjelder fra 01.01.2023
Erstatter 01.01.2022

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 fysikalske behandlinger per år	12
Egenandel per fysikalske behandlinger	0
Behandling hos psykolog	Ja
Rusavvenning	Nei
Videolege	Ja
Videolege egenandel	0



P950 BEHANDLINGSFORSIKRING

Innholdsfortegnelse

1.	Hva forsikringen kan omfatte	2
2.	Spesielle definisjoner	2
3.	Når skade konstateres/Forsikringstilfellets inntreden	3
4.	Hvem forsikringen gjelder for	3
5.	Dekning ved Behandlingsforsikring	3
6.	Erstatningsoppgjør	5
7.	Hvilket vilkår benyttes ved skadeoppgjør	8
8.	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.

1.0 Hva forsikringen kan omfatte

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

- Behandlingsforsikring

All behandling skal forhåndsgodkjennes av foretaket.

2.0 Spesielle definisjoner

2.1 Legespesialist

Med legespesialist menes en lege med spesialisering innenfor et spesifikt fagområde. Spesialist i allmennmedisin regnes i denne sammenheng ikke som legespesialist.

2.3 Operasjonsindikasjon

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

2.2 Operasjon

Med operasjon menes kirurgisk inngrep med gjennomskjæring av hud eller slimhinne og behandling med invasiv teknikk. Invasiv teknikk er en behandling hvor instrumenter føres inn i kroppen for behandling uten at det foretas en operasjon på tradisjonelt vis.



P950 BEHANDLINGSFORSIKRING

3.0 Når skade konstateres/Forsikringstilfellets inntreden

Forsikringstilfellet oppstår på det tidspunkt det utstedes henvisning (der dette kreves) fra en lege, eller fra annen henviser med henvisningsfullmakt, 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.

- Henvisning til spesialistkonsultasjon må være utstedt av lege eller annet helsepersonell med henvisningsrett.
- Henviser må inneha norsk offentlig godkjent autorisasjon.
- Henvisning til behandling eller operasjon må være utstedt av legespesialist med norsk offentlig godkjent autorisasjon som arbeider i spesialisthelsetjenesten. Spesialist i allmennmedisin er ikke definert som legespesialist i denne sammenheng.

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

4.0 Hvem forsikringen gjelder for

Dersom ikke annet er avtalt og angitt i forsikringsbeviset, omfatter dekning ved behandlingsforsikring 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.

5.0 Dekning ved Behandlingsforsikring

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 og ventetiden i det offentlige helsevesenet overstiger den avtale behandlingsgarantien som er spesifisert i forsikringsbeviset.

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

Ved kronisk sykdomstilstand vil behandlingen, i påvente av det offentlige, dekkes inntil man kan tre inn det offentlige helsevesen.



P950 BEHANDLINGSFORSIKRING

Dekningselementene gjelder kun når det er avtalt og angitt i forsikringsbeviset at forsikringen er tegnet. Dekning gjelder kun de poster som er angitt i forsikringsbeviset.

5.1 Behandling hos legespesialist

Forsikringen dekker utgifter til utredning og behandling henvist av lege og forhåndsgodkjent av foretaket.

5.2 Sykehusinnleggelse/Dagkirurgi

Forsikringen dekker utgifter til utredning, operasjon og annen behandling henvist av lege og forhåndsgodkjent av foretaket. Dessuten dekker forsikringen proteser/kunstige deler i forbindelse med skjelettoparasjoner og forsterkning av bukveggen. All røntgen og alle laboratorieprøver som er nødvendige for behandlingen, er dekket.

Forsikringen dekker også dagkirurgi. Det må foreligge henvisning fra helsepersonell med henvisningsrett før foretaket velger ut aktuelt behandlingssted for operasjon eller annen behandling på sykehus.

5.3 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.

5.4 Fysikalsk behandling

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

- Fysioterapeut
- Manuellterapeut
- Kiropaktor
- Naprapat, medlem av Norges Naprapatforbund
- Osteopat, medlem av Norges Osteopatforbund

All behandling skal forhåndsgodkjennes av foretaket. 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.

5.5 Behandling hos psykolog

Forsikringen dekker inntil 10 behandlinger hos psykolog innenfor Falck Helses nettverk av psykologer, henvist av lege eller psykolog, innenfor en 12 måneders periode fra første behandlingsdato, og det må gå 12 måneder fra siste behandling er dekket av forsikringen før nye behandlinger kan kreves dekket.

5.6 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.



P950 BEHANDLINGSFORSIKRING

5.7 Second opinion

Forsikringen dekker utgiftene til time hos ytterligere en legespesialist for ny medisinsk vurdering etter godkjenning fra foretaket. Dette kan være aktuelt ved særskilt risikofylt behandling eller livstruende sykdom og skade. Garantitiden gjelder ikke.

5.8 Røntgen og bildediagnostikk

Billeddiagnostikk etter henvisning av lege og som er forhåndsgodkjent av foretaket.

- Røntgen
- CT
- MR
- Ultralyd
- Mammografi

- Benskjørhetsmåling

5.9 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 behandlingsforsikring som dekker rus- og spillavvenning ytes dog kun en gang i løpet av en 5-årsperiode. Maksimal utgiftsdekning er totalt kr 120 000 pr forsikret i løpet av hele forsikringstiden.

6.0 Erstatningsoppgjør

Foretaket betaler utgiftene direkte til sykehuset, klinikken, legespesialisten eller andre behandlingssteder omfattet av Falck helses behandlingsnettverk. For behandlingskostnader utenfor Falck helses behandlingsnettverk, eller 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.

6.1 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 behandlingssted etter statens reiseregulativ. Dette gjelder også nødvendig hotellopphold som ledd i reisen. Reise- og oppholdsutgifter 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 helsetjenester.

Når det er medisinsk nødvendig å ha med ledsager, og foretaket godkjenner dette, dekkes dennes nødvendige utgifter til reise og overnatting etter samme regulativ. Dekning av nødvendige oppholds- og reiseutgifter gjelder ved behandling som er dekket og betalt av forsikringen. Reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, manuellterapeut, naprapat eller psykolog dekkes ikke. Dette unntaket gjelder ikke når behandlinger er et ledd i rehabiliteringsopplegg.

6.2 Forfallstidspunkt

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

6.3 Generelle begrensninger

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



P950 BEHANDLINGSFORSIKRING

Garantien gjelder ikke i de tilfeller hvor operasjonen eller behandlingen må utsettes eller ikke kan gjennomføres av medisinske grunner, uansett årsak. Dersom forsikrede ikke aksepterer tilbudet fra foretaket, bortfaller garantien og foretaket er heller ikke forpliktet til å gi nytt tilbud eller utbetale det en operasjon eller behandling ville kostet. Dersom forsikrede ikke møter til avtalt tid for behandling eller operasjon, er ikke foretaket forpliktet til å gi nytt tilbud, og eventuelt nytt tilbud må betales i sin helhet av forsikrede.

6.3.1 Forsikringen dekker ikke:

- Behandling av sykdom/skade hvor det er igangsatt behandling eller hvor det foreligger henvisning fra lege/legespesialist til utredning/ behandling på det tidspunkt forsikrede tas opp i forsikringen.
- Øyeblikkelig hjelp. Med øyeblikkelig hjelp forstås operasjoner eller behandling som utføres som ledd i akutt behandling.
- Behandling som ikke er medisinsk nødvendig, eller som er av eksperimentell og/eller utprøvende karakter.
- Operasjoner eller behandling 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. 5.9.
- Utredning og behandling knyttet til prevensjon, ufrivillig barnløshet, fosterdiagnostikk, oppfølging knyttet til svangerskap, sterilisering (omfatter og effekter/plager av tidligere utført sterilisering) og medfødt misdannelse, tilstand eller sykdom.
- Operasjon eller behandling ved kjønnskifte.
- Operasjoner eller behandling som vurderes av legespesialist ikke å være nødvendig for pasientens fysiske eller psykiske helse.
- Operasjoner eller behandling som utføres i kosmetisk hensikt.
- Kontroll og fjerning av føflekker der det ikke er mistanke om malignitet.
- Operasjoner eller behandling for å fjerne, erstatte eller vedlikeholde proteser eller andre implantater som var til stede da forsikringen tredd i kraft.
- Avgivelse og transplantasjon av organ (organdonasjon, organtransplantasjon).
- Operasjoner eller behandling vedrørende tenner med mindre dette er en direkte følge av annen behandling som er dekket av forsikringen.
- Behandling av overvekt, fedmeoperasjon, vektregulering, kostholdsveiledning, dietter samt følger av slik behandling.
- Dialysebehandling.
- Behandling av sykdommer som omfattes av smittevernloven.
- Utredning, operasjon eller annen behandling av søvnproblemer, snorking eller søvnapne.
- Rekonvalesensopphold uten aktiv rehabilitering.
- Behandling hos psykiater eller ved behandlingsinstitusjon for schizofreni, psykoser, adferdsforstyrrelser eller andre alvorlige psykiske lidelser.
- Allmennlegetjenester eller tjenester fra spesialist i allmennmedisin.
- Synstest, briller, kontaktlinser samt operasjon, inklusiv laserkirurgi, for korreksjon av nær- og langsynthet, brytningsfeil og medfødt skjeling.
- Tilpasninger til høreapparat samt avtagbart høreapparat.
- Helsesjekk og vaksinasjon.
- Forebyggende undersøkelser eller behandlinger.
- Behandling hos homøopat og akupunktør så lenge dette ikke fremkommer av forsikringsbeviset.



P950 BEHANDLINGSFORSIKRING

- Rene pleie- og omsorgsforhold.
- 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.

6.4 Behandlingssted

Forsikringen gjelder utredning og behandling i Norden med behandlere, sykehus og klinikker 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, fortrinnsvis så nær Norge som mulig.

6.5 Garantitid

Garantitid er den maksimale tiden forsikrede må vente på undersøkelse, innleggelse, behandling eller operasjon. Forsikringen gir garantert time til fysisk behandling innen 10 virkedager, og for utredning hos legespesialist innen 14 virkedager. Sykehus- eller klinikkinnleggelse og annen medisinsk behandling garanteres innen 20 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.

Behandlingsgarantien gjelder ikke dersom:

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

6.6 Kreftbehandling

Forsikringen omfatter kreftbehandling som regulert i punktet her:

- Utgifter til diagnostisering, operasjon og primærbehandling av kreftsykdommer på sykehus, inkludert cellegift- og strålebehandling.
- Utgifter til rehabilitering.

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 foretaket.



P950 BEHANDLINGSFORSIKRING

Hva som er dekket i forsikringen:

- Utgifter til diagnostisering og primærbehandling av kreftsykdommer på sykehus, herunder operasjoner, strålebehandling og cellegift, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av foretaket.
- Nødvendige undersøkelser, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med kreftbehandlingen.
- Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt 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. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av foretaket.

6.7 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.

6.8 Foretakets samlede erstatningsplikt

Foretakets ansvar er begrenset til NOK 2 000 000 per skadetilfelle.

6.9 Rett til behandling ved opphør av kollektive behandlingsforsikringer

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.

7.0 Hvilke vilkår benyttes ved skadeoppgjør

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

8.0 Forhold til de generelle vilkår

Disse vilkår må ses i sammenheng med de generelle vilkår. Vilkårene for Behandlingsforsikring gjelder foran ved

eventuell motstrid.