

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

Behandlingsforsikring - Vilkår BBPSH379

Vilkår av 01.10.2022. Avløser vilkår av 01.03.2022.

1. Hvem forsikringen gjelder for

Forsikrede kan være

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

Forsikrede må være

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

2. Hva forsikringen omfatter

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

2.1. Tilfeller som kan gi rett til erstatning

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

- ulykkesskade
- sykdom.

Når forsikringstilfellet inntreffer

Forsikringstilfellet inntreffer når kravet om utredning/behandling er meldt til selskapet. I tilfeller hvor vilkårene krever at det skal foreligge henvisning, er det en forutsetning at det på skademeldingstidspunktet foreligger en gyldig henvisning til den aktuelle utredningen/behandlingen. Krav til henvisning følger av punkt 2.3. All utredning/ behandling skal være forhåndsgodkjent av selskapet i tråd med punkt 2.4.

2.2. Utredning og behandling

Hvilken utredning/behandling som er dekket av forsikringen, er beskrevet nærmere i den enkelte dekning.

Utredningen/behandlingen må kunne helbrede eller utbedre sykdommen eller skaden med utsikt til varig resultat (behandlingseffekt). Den må være ansett som rimelig og

medisinsk nødvendig, rasjonell og riktig for den aktuelle lidelse ut fra gjeldende praksis i offentlige sykehus i Norge.

Eksperimentell utredning/behandling er ikke dekket under noen omstendighet, selv om behandlingseffekt er påvist i konkrete tilfeller.

Gjeldende praksis i offentlig sykehus i Norge

Utredningen/behandlingen anses som gjeldende praksis i offentlige sykehus i Norge, dersom den er godkjent for aktuelle lidelse i det offentlige helsevesen etter nasjonal beslutning i Beslutningsforum i Norge.

Behandlingseffekt (helbrede)

Behandlingen anses å kunne helbrede sykdommen eller skaden med utsikt til varig resultat hvis det foreligger dokumentasjon for at aktuelle type behandling, for den aktuelle lidelse, gir utsikter til fullstendig symptomfrihet og normalisering av funksjoner, etter sykdom eller skade. Slik symptomfrihet/normalisering av symptomer må kunne medføre en vedvarende stabil tilstand etter sykdom eller skade ut over en periode på 12 måneder. Ved kreft og annen langvarig behandlingstrengende sykdom, må behandlingen gi utsikter til vedvarende, stabil tilstand i 5 år etter avsluttet behandling.

Behandlingseffekt (utbedre)

Behandlingen anses å kunne utbedre sykdommen eller skaden med utsikt til varig resultat hvis det foreligger dokumentasjon for at aktuelle type behandling, for den aktuelle lidelse, medfører en vesentlig bedring av symptomer og plager etter sykdom eller skade. Slik vesentlig bedring må kunne medføre en vedvarende stabil tilstand etter sykdom eller skade ut over en periode på 12 måneder.

Ved kreft og annen langvarig behandlingstrengende sykdom, må behandlingen gi utsikter til vedvarende, stabil tilstand i 5 år etter avsluttet behandling.

Rådgivende lege

Selskapets rådgivende lege skal konfereres ved vurdering av om de vilkårsfestede medisinske kravene til foreskrevet utredning/behandling er oppfylt.

2.3. Krav til henvisningen

I tilfeller hvor vilkårene krever at det skal foreligge henvisning, må henvisningen være utstedt av henviser med henvisningsfullmakt, og den må gjelde et forhold som er omfattet av forsikringsvilkårene. Henvisningen må være utstedt i forsikringstiden og kan ikke være eldre enn 12 måneder. For henvisninger med kortere gyldighetstid enn 12 måneder, gjelder den gyldighetstiden som er angitt i henvisningen. Henvisende lege eller annen henviser må utøve sin virksomhet i Norden.

Se tilleggskrav i vilkår BBPSH387, punkt 3.2, til henvisning ved kreftbehandling.

2.4. Forhåndsgodkjenning

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

Forhåndsgodkjenning foreligger når kravet er behandlet av Behandlingsservice og videresendt til utredning/behandling innenfor selskapets medisinske nettverk. Det er forutsetning at forsikrede har gitt fullmakt til å videreformidle personopplysninger.

Langvarig behandlingstrengende sykdom

Ved oppstart av behandling for kreft og annen langvarig behandlingstrengende sykdom, skal selskapet på bakgrunn av henvisningen evaluere anslått behandlingseffekt og varighet for aktuelle lidelse. Forhåndsgodkjenning for behandling kan gis for opptil seks måneder av gangen.

Etter seks måneder, skal ny evaluering av behandlingseffekt foretas. Hvis videre behandling forhåndsgodkjennes, skal ny evaluering av behandlingseffekt foretas etter nye seks måneder.

Behandlingseffekt skal vurderes på bakgrunn av en periodisk rapportering fra behandlende spesialist. Den periodiske rapporteringen skal bestå av kopi av epikrise og testresultater som avdekker behandlingseffekten. Rapporten skal også inneholde en vurdering av vilkårenes krav til behandlingseffekt og varighet, og hvorvidt pasientens behandling kan foregå i det offentlige.

Ved kreft og annen langvarig behandlingstrengende sykdom, skal utredning- og behandlingsopplegg som har startet i privat helsevesen og som er dekket av forsikringen, overføres til det offentlige så snart forsikrede har rett på å få dekket utredningen/behandlingen i det offentlige. Slik overføring til offentlig helsevesen gjøres i samarbeid med behandlende lege.

Dersom behandlingen ikke gir dokumentert varig utbedrende eller helbredende effekt etter vilkår BBPSH379 punkt 2.2, dekker ikke forsikringen fortsatt behandling.

2.5. Unntak

Rett til å fortsette pågående utredning/behandling opphører dersom

- forsikrede blir erklært frisk
- dersom forsikrede har rett på tilsvarende behandling i det offentlige og skal overføres til offentlig helsevesen i medhold av vilkår BBPSH379 punkt 2.4 siste avsnitt
- maksimal forsikringssum er utbetalt
- maksimal utbetalingsperiode er utløpt
- maksimalt antall behandlinger er benyttet
- behandlingen avsluttes fordi den ikke har påvist effekt i tråd med vilkår BBPSH379 punkt 2.2 og 2.4.

2.6. Unntak

Selskapet erstatter ikke utgifter til utredning/behandling

- dersom forsikrede uteblir. Dette gjelder ikke når uteblivelsen skyldes forhold utenfor forsikredes kontroll
- som utføres av forsikredes ektefelle, samboer, foreldre, barn eller av en virksomhet som drives av en av disse
- som den forsikrede selv rekvirerer
- dersom henvisende lege har eierinteresser i firma som knyttes til legemiddelindustrien eller til private behandlingsinstitusjoner som brukes i forbindelse med henvist utredning/behandling. Henvisningen skal være helt uavhengig av personlig vinning for den enkelte lege
- dersom henvisende lege har personlig tilknytning til forsikrede eller til personer som arbeider for firma som knyttes til legemiddelindustrien eller til private behandlingsinstitusjoner som brukes i forbindelse med henvist behandling. Med personlig tilknytning menes ektefelle, samboer, partner, foreldre, barn.

3. Hvor behandlingen kan utføres

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

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

4. Når forsikringen gjelder

4.1. Når det skal avgis helseerklæring

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

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

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

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

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

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

4.2. Når det ikke skal avgis helseerklæring

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

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

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

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

5. Opphør

For ansatte i bedrifter opphører forsikringen ved første hovedforfall etter at forsikrede er fylt 70 år eller når arbeidsforholdet avsluttes.

For foreningsmedlemmer opphører forsikringen ved første hovedforfall etter at forsikrede er fylt 70 år, eller når forsikrede ikke lenger er medlem av foreningen.

For innehaver av personlig eiet firma opphører forsikringen ved første hovedforfall etter at forsikrede er fylt 70 år eller når arbeidsforholdet avsluttes.

6. Ansvarstid

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

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

7. Ansvarsbegrensning

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

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

8. Garantitid

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

Garantitiden utgjør 10 virkedager og løper fra dagen etter at selskapet har mottatt fullstendig og nødvendig dokumentasjon for den anbefalte behandling, tidligst fra dagen etter at BehandlingsService har mottatt henvisningen. Garantitiden gjelder for første undersøkelse, innleggelse, behandling eller operasjon for den aktuelle ulykkesskade eller det aktuelle sykdomstilfellet, som forsikrede har fått tilbud om.

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

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

Unntak

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

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

Garantien gjelder ikke ved

- behandling hos psykiater eller ved behandling for rus- og spilleavhengighet
- behandling i utlandet.

9. Definisjoner

Arbeidsdyktig

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

Behandling

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

Behandlingsinstitusjon

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

Beslutningsforum

Beslutningsforum for nye metoder i norsk offentlig helsevesen, se <https://nyemetoder.no/>.

Eksperimentell behandling

Medisinsk behandling som ikke har dokumentert behandlingseffekt for den konkrete sykdom/lidelse/diagnose som skal behandles. Bruk av medisin/preparat regnes for eksempel som eksperimentell behandling dersom aktuelle medisin/preparat brukes på sykdom/lidelse/diagnose for å oppnå et ønsket resultat, uten at det foreligger en dokumentert behandlingseffekt for aktuelle sykdom/lidelse/diagnose.

Forsikrede

Den person som behandlingsforsikringen gjelder for.

Forsikringstaker

Den som inngår forsikringsavtale med selskapet.

Forsikringstiden

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

Helbrede

Et tiltak for å oppnå fullstendig symptomfrihet og

normalisering av funksjoner, etter sykdom eller skade.

Henvisning

Med henvisning menes konkret angitt utredning/behandling i epikrise eller journalnotat som fremgår av henvisningsdokument i tråd med de krav som stilles til henvisning i det offentlige.

H-resept

Legemidler som er foreskrevet på H-resept er legemidler som brukes utenfor sykehus og som de regionale helseforetakene har finansieringsansvaret for. Se <https://nyemetoder.no/nyheter/helseforetaksfinansierte-legemidler-brukt-utenfor-sykehus-h-reseptlegemidler> og <https://helsenorge.no/legemidler/legemidler-paa-h-resept>.

Kronisk smerte

Smerte med varighet på 6 måneder eller mer.

Legespesialist

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

Medisinsk nødvendig behandling

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

Nordiske

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

Samboer

Som samboer regnes person som forsikrede lever sammen med i ekteskapslignende forhold hvis det i Folkeregisteret fremgår at de to har hatt samme bolig de to siste årene, eller person som har felles barn og felles bolig med forsikrede.

Seksuell dysfunksjon

Vanskeligheter som oppleves av en person i normal seksuell aktivitet i form av nedsatt seksuell lyst, sviktende genital respons, herunder erektil dysfunksjon, orgastisk dysfunksjon og smerter ved samleie.

Sekundærkreft

Utvikling av ny kreftsykdom som skyldes tidligere kreftbehandling.

Skadetilfelle

Sykdom eller legemsskade som rammer forsikrede i forsikringstiden.

Sykdom

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

Symptomfri

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

Tilbakefall

Oppblussing av sykdom som synes å være kurert.

Utbedre

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

Langvarig behandlingstrengende sykdom

Med langvarig behandlingstrengende sykdom, er ment sykdom/lidelse som krever behandling i 12 måneder eller mer, for eksempel kreft og kroniske lidelser.

Virkedager

Med virkedager er ment alle dager som ikke er lørdager, søndager eller lovfestede helge- og høytidsdager.

Varig

Med varig er ment, i relasjon til behandling, en vedvarende stabil tilstand etter sykdom eller skade ut over en periode på 12 måneder (5 år ved kreft og annen langvarig behandlingstrengende sykdom).

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

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

11. Regress

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

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

Behandlingsforsikring Grunndekning - Vilkår BBPSH387

Vilkår av 01.01.2022. Avløser vilkår av 01.08.2020

1. Hva forsikringen omfatter

1.1. Forsikringen omfatter

- sykehus- og spesialistbehandling, se kapittel 2
- kreftbehandling, se kapittel 3
- andre spesifiserte utgifter, se kapittel 4.

Kreftbehandling reguleres av kapittel 3. Kapittel 2 og punkt 4.1 gir ikke rett til å få dekket utredning/behandling/utgifter i forbindelse med kreft.

1.2. Forsikringssum og utbetalingsperiode

Utredning/behandling/utgifter dekkes med til sammen inntil kr 1 200 000 per forsikrede per rullende år, i maksimalt to år sammenhengende fra forsikringstilfellet inntraff.

Ved tilbakefall/spredning/sekundærkreft, i forbindelse med sykdom som tidligere har utløst et forsikringstilfelle, skal ny henvisning som følge av dette, ikke utløse et nytt forsikringstilfelle.

2. Sykehus- og spesialistbehandling

Ved innleggelse og poliklinisk utredning/behandling erstattes utgifter til

- undersøkelser, herunder CT, MR, mammografi, bentetthetsmåling og ultralyd
- diagnostisering

- behandling og operasjon
- én kontroll etter avsluttet primærbehandling.

Når det ikke kreves sykehusinnleggelse, dekker selskapet utgifter til utredning/behandling hos legespesialist.

3. Kreftbehandling

3.1. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen gir rett til behandling av kreftsykdom ved sykehus i det private helsevesen. Det er en forutsetning at kreftdiagnose er stilt av offentlig godkjent legespesialist med nødvendig kvalifisering for den aktuelle kreftdiagnose.

Forsikringen dekker kun kreftbehandling, som er nevnt i punkt 3.2.

3.2. Utgifter som dekkes

Forsikringen omfatter helbredende kreftbehandling og dekker utgifter til diagnostisering og primærbehandling av kreftsykdommer på sykehus, inkludert operasjon, cellegift og strålebehandling, henvist av lege og som er forhåndsgodkjent av selskapet.

I tillegg omfatter forsikringen kreftbehandling i form av immunterapi, når

- immunterapi ikke dekkes av det offentlige, og
- European Medicines Agency har godkjent immunterapi som behandling for den aktuelle sykdommen.

Immunterapi som ledd i eksperimentell behandling er ikke omfattet av forsikringen.

Tilleggskrav ved henvisning til kreftbehandling. I tillegg til vilkår BBPSH379 gjelder følgende
Henvisende lege må være offentlig godkjent kreftspesialist i Norge, og utstede henvisning på vegne av norsk offentlig helsevesen, i kraft av sin stilling i det offentlige.
Henvisningen skal baseres på personlig undersøkelse av pasienten i forkant av henvisningen. Det forutsettes av pasienten er vurdert ved et offentlig sykehus i Norge og at vurderingen ligger til grunn for henvisningen.

- Henvisningen skal inneholde opplysninger om
- diagnose
 - testresultater (MR/CT og lignende)
 - behandlende/utredende sykehus/spesialist
 - begrunnelse for henvisning
 - anbefalt utredning/behandlingsforløp
 - opplysninger om behandlingen er godkjent i offentlig helsevesen (beslutningsforum) og/eller EMA.

4. Andre utgifter

4.1. Medisiner

Selskapet erstatter utgifter til medisiner ved innleggelse og operasjon foretatt under forsikringen, når de benyttes i behandlingen på behandlingsstedet. Medisiner som ledd i kreftbehandling er ikke dekket av punkt 4.1.

4.2. Tekniske hjelpemidler etter operasjon

Etter operasjon som er dekket av selskapet, erstattes utgifter til tekniske hjelpemidler med inntil kr 10 000 per skadetilfelle. Hjelpemiddelet må være nødvendig for behandlingen som er gitt, og anbefalt av behandlende lege.

4.3. Reiseutgifter

Selskapet erstatter forsikredes reiseutgifter fra fast bostedsadresse til behandlingsstedet når behandling for dekningsmessig sykdom eller skade er foretatt under forsikringen. Dette gjelder ved operasjon eller når reiseavstanden mellom fast bostedsadresse og behandlingssted er mer enn 100 kilometer hver vei. Utgifter til flyreise dekkes så fremt den er forordnet via selskapet.

Foreligger flere likeverdige behandlingstilbud, erstattes reiseutgiftene til nærmeste behandlingssted. Reiseutgiftene må være rimelige og nødvendige. Selskapet erstatter billigste reisemåte. Ved bruk av egen bil erstattes kr 2,50 per kilometer.

4.4. Oppholdsutgifter

Selskapet erstatter forsikredes rimelige og nødvendige oppholdsutgifter ved operasjon eller sykehusbehandling som er foretatt under forsikringen. Kost dekkes med kr 300 per døgn per person, når overnatting er dekket av selskapet.

4.5. Reiseledsager

Selskapet erstatter reiseledsagers rimelige og nødvendige reise- og oppholdsutgifter når det er medisinsk nødvendig for behandlingen eller det foreligger andre særlige hensyn som tilsier at ledsager er med, og selskapet godkjenner det. Dette gjelder ved behandling som er dekket av forsikringen.

4.6. Second Opinion

Forsikringen erstatter utgifter til én ny vurdering hos legespesialist per forsikringstilfelle ved

- livstruende sykdom og skade
- særskilt risikofylt behandling.

4.7. Gjenopptrening

Selskapet erstatter utgifter til nødvendig gjenopptrening etter operasjon. Dette gjelder når operasjonen er betalt av selskapet. Henvisning til gjenopptrening skal gis av behandlende spesialist som dokumenterer behovet.

Gjenopptrening må starte senest én måned etter utskriving. Utgifter til gjenopptrening erstattes i inntil tre måneder per skadetilfelle, regnet fra gjenopptreningens første behandlingsdag.

4.8. Rus- og spilleavvenning

Selskapet erstatter utgifter til avvenning av

- medisinmisbruk
- alkoholmisbruk
- spilleavhengighet
- narkotikamisbruk

I forsikringstiden erstattes utgifter til maksimalt to opphold på godkjent behandlingsinstitusjon. Maksimal erstatning kr 120 000 per forsikret i løpet av hele forsikringstiden.

5. Felles unntak

Selskapet erstatter ikke utgifter til

- konsultasjon hos allmennlege
- helsesjekk, screeningundersøkelser og undersøkelser som har helseforebyggende hensikt, herunder undersøkelser i den hensikt å avklare risiko for sykdom
- behandling ved sykdom eller skade som krever øyeblikkelig hjelp, eller oppfølging av behandling som krever øyeblikkelig hjelp
- synskorreksjon, synskorrigerende behandling og behandling av skjeve hornhinner
- utredning og behandling av overvekt, herunder fedmeoperasjoner og følger av slike
- utredning, behandling, operasjon og medisinsk utstyr til behandling av søvnproblemer som snoring og søvnapnè
- utredning og behandling av hørselssvekkelse, herunder utgifter til høreapparat, implantat og tilpasning av slike
- rekreasjons- og kuropphold
- organ- og vevstransplantasjoner/transfusjon, herunder stamcellebehandling og blodoverføring, og følger av slike
- utredning, behandling og operasjon ved sterilisering, prevensjon, fertilitetsproblemer eller ved ønske om

kjønnsskifte

- utredning, behandling og operasjon ved seksuell dysfunksjon
- behandling av kjønnssykdommer og HIV/AIDS
- utredning og behandling hos tannlege eller kjeveortoped/kjevekirurg
- elektromedisinske hjelpemidler og implantater hvis funksjon supplerer eller erstatter kroppens fysiologiske funksjoner
- kosmetiske behandlinger og/eller operasjoner, herunder behandling av følger av tidligere utførte kosmetiske behandlinger/operasjoner. Kirurgi med tanke på rekonstruksjon og følger av dette, herunder korrigeringer, vil dekkes forutsatt at årsaken til behovet for rekonstruksjon/korrigerering er godkjent i henhold til de offentlige retningslinjer for slik rekonstruksjon
- behandling av kroniske smerter
- utredning/behandling foreskrevet ved H-resept
- immunterapibehandling ved andre sykdommer enn kreft, se vilkår BBPSH387 punkt 3.2.

Behandlingsforsikring Fysikalske behandlinger - Vilkår BBPSH389

Vilkår av 01.04.2021. Avløser vilkår av 01.01.2020.

1. Hva forsikringen omfatter

1.1. Forsikringen omfatter

Forsikringen omfatter utgifter til behandling hos:

- fysioterapeut
- manuell terapeut
- kiropraktor
- naprapat
- klassisk akupunktør
- osteopat.

Det er en forutsetning at fysioterapeut, manuell terapeut, osteopat og kiropraktor, er autorisert og at behandlingen er offentlig godkjent. Det er også en forutsetning at naprapat er medlem av Norges Naprapatforbund, at akupunktør er medlem i Akupunkturforeningen og at osteopat er medlem av Norsk Osteopatforbund (Ostepat MNOF). Behandling hos osteopat er begrenset til muskel- og skjelettlidelser.

1.2. Antall behandlingstimer

Det fremgår av forsikringsbeviset hvor mange behandlingstimer som erstattes per kalenderår. Uavhengig av antall forsikringstilfeller og av hvilken behandlingsform som velges, erstattes maksimalt det avtalte antall behandlingstimer per kalenderår.

Behandlingsservice skal forhåndsgodkjenne behandlingen.

1.3. Forsikringssum

Hver behandlingstime dekkes med inntil kr 600, minus eventuell egenandel. Kveldstillegg og helgetillegg omfattes ikke.

1.4. Egenandel

Det fremgår av forsikringsbeviset om egenandel er valgt. Den avtalte egenandel må forsikrede selv betale direkte til den enkelte behandler i forbindelse med behandlingen.

1.5. Reiseutgifter

Selskapet erstatter forsikredes reiseutgifter når reiseavstanden mellom fast bostedsadresse og behandlingssted er mer enn 100 kilometer hver vei. Utgifter til flyreise dekkes så fremt den er forordnet via selskapet. Foreligger flere likeverdige behandlingstilbud, erstattes reiseutgiftene til nærmeste behandlingssted. Reiseutgiftene må være rimelig og nødvendige. Selskapet erstatter billigste reisemåte. Ved bruk av egen bil erstattes kr 2,50 per kilometer.

1.6. Hjemmehjelp

Når hjemmehjelp er anbefalt av lege etter operasjon som er dekket under forsikringen, erstattes inntil 12 timer med profesjonell hjemmehjelp, maksimalt kr 4 000. Hjemmehjelp skal ytes i et sammenhengende forløp og direkte i forlengelse av utskrivelse fra behandlingsstedet.

Behandlingsservice skal forhåndsgodkjenne hjelpen. Kveldstillegg og helgetillegg omfattes ikke.

Behandlingsforsikring Psykologiske behandlinger - Vilkår BBPSH390

Vilkår av 01.01.2020. Avløser vilkår av 01.08.2019.

1. Hva forsikringen omfatter

1.1. Psykolog

Forsikringen omfatter utgifter til behandling hos psykolog. Forsikrede må ha henvisning fra behandler med henvisningsfullmakt.

Selskapet erstatter maksimalt 10 behandlingstimer per kalenderår.

Dersom det er avtalt egenandel må denne betales direkte til behandler av den forsikrede i forbindelse med behandlingen. Det fremgår av forsikringsbeviset om egenandel er avtalt og størrelsen på denne.

Behandlingsservice skal forhåndsgodkjenne behandlingen.

1.2. Psykologisk førstehjelp

Selskapet erstatter utgifter til psykososial rådgivning og psykologisk behandling dersom forsikrede, i forsikringstiden, blir rammet av følgende hendelser:

- ran, overfall, voldtekt og grove trusler, som er politianmeldt
- brann, eksplosjon og innbrudd
- alvorlig ulykkesskade
- kritisk sykdom
- dødsfall i nær tilknytning til familien
- selvmordsforsøk i nærmeste familie
- spontanabort
- samlivsbrudd mellom ektefeller/partnere og samboere med samme adresse i folkeregisteret

Alvorlig ulykkesskade

Med ulykkesskade menes en fysisk skade på kroppen som er forårsaket av en plutselig og uventet, ytre fysisk hendelse - et ulykkestilfelle - som skjer i forsikringstiden. Ulykkesskade som krever sykehusinnleggelse eller annen akutt medisinsk behandling regnes som alvorlig etter vilkårene her. Forsikringstilfellet inntreffer når ulykkestilfellet finner sted.

Kritisk Sykdom

Med kritisk sykdom menes følgende sykdommer: Kreft, Hjerteinfarkt, Hjerteklaffeil, By pass/ACB-operasjon, Hjerneslag, Hjernesvulst, Multippel Sklerose (MS), Muskelatrofi, Amyotrofisk lateralsklerose (ALS), Nyresvikt med behov for dialyse, Organsykdommer med behov for transplantasjon, Colostomi (Utlagt tarm), Parkinson før fylte 60 år, Blindhet, Døvhhet, Afasi.

Hvem som er omfattet

Forsikrede, forsikredes ektefelle/partner eller samboer og barn i den faste husstand er også omfattet ved behov for psykologisk førstehjelp, forutsatt at de er involvert i samme hendelse som forsikrede.

Hvilke utgifter som erstattes

Selskapet erstatter maksimalt 10 behandlingstimer per hendelse for husstanden.

Behandlingen må foretas innen 12 måneder fra den dagen hendelsen inntraff. Forsikringen omfatter kun psykologisk førstehjelp i Norge.

Behandlingsservice skal forhåndsgodkjenne behandlingen.

1.3. Reiseutgifter

Selskapet erstatter forsikredes reiseutgifter når reiseavstanden mellom fast bostedsadresse og behandlingssted er mer enn 100 kilometer hver vei. Utgifter til flyreise dekkes så fremt den er forordnet via selskapet. Foreligger flere likeverdige behandlingstilbud, erstattes reiseutgiftene til nærmeste behandlingssted.

Reiseutgiftene må være rimelig og nødvendige. Selskapet erstatter billigste reisemåte. Ved bruk av egen bil erstattes kr 2,50 per kilometer.