

Vilkårsett

Gitt av Lloyds of London
For forsikring tegnet eller
fornyset fra 01.07.2008



VERTIKAL
Helseforsikring

Innhold

0. Generelt om vilkårene	2
1. Bakgrunn	2
1.1 Vertikal Helseassistanse AS	2
1.2 Cover Holder status	2
1.3 Drifter som Forsikringsformidlingsagent	2
1.4 Avtalebakgrunn	2
1.5 Eurocard Forsikringsavtale	2
2. Tjenester formidlet av Vertikal Helseassistanse AS	3
3. Vertikal helseforsikring gitt av Lloyds of London	3
3.1 Definisjoner	3
3.2 Forsikringstiden, fornyelse og om Forsikrede under forsikringsavtalen	3
3.3 Betalingsbetingelser – premiegrunnlag	4
3.4 Forsikringens dekningsområder	4
3.4.1 Forsikring	4
3.4.2 Forsikringsdekning	4
3.4.3 Erstatning – dekning av godkjente utgifter	4
3.5 Unntak og begrensninger i forsikringen	4
3.5.1 Samlet ansvar	4
3.5.2 Forsikringen gjelder ikke følgende medisinske tilstander	4
3.5.3 Unntak for erstatning	5
3.6 Fullmakt	5
3.7 Annen forsikring	5
3.8 Selskapets rett til å si opp forsikring når det har fått uriktige opplysninger	5
3.9 Bopel	5
3.10 Garantiid	5
3.11 Skadeoppgjør	5
3.11.1 Frist for melding om forsikringstilfelle	5
3.11.2 Frist for å foreta rettslige skritt	5
3.11.3 Dokumentasjon	5
3.11.4 Rente og erstatning	6
3.11.5 Ansvarstid	6
3.11.6 Foreldelse	6
4. Tjenester formidlet av Vertikal Helseassistanse AS på vegne av Lloyds of London	6
4.1 Veiledning i helserelaterte spørsmål	6
4.2 Pasienthåndtering	6
4.2.1 Konsultasjon hos spesialist	6
4.2.2 Valg av Sykehus	6
4.2.3 Transport til og fra Sykehus	6
4.2.4 Oppfølging under og etter operasjonen/behandling	6
4.2.5 Rekonvalesens	6
4.2.6 Oppfølging av pårørende	6
4.2.7 Avsluttet behandling	6
4.2.8 Second opinion	7
4.3 Varsling	7
5. Oppsigelse og endring av avtalen	7
5.1 Bortfall på grunn av manglende premiebetaling	7
5.2 Bortfall og opphør forøvrig	7
5.3 Fornyelse av forsikringsavtalen	7
6. Force majeure	7
7. Behandling av klager, tvister og søksmål	7
7.1 Klage	7

0. Generelt om vilkårene

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

1. Bakgrunn

1.1 Vertikal Helseassistanse AS (forkortet heretter til VHA)

VHA er en medisinsk kompetansebedrift og ikke et forsikringsselskap. Gjennom avtalen med Lloyds of London er VHA gitt rett til å formidle og administrere Vertikal helseforsikring på vegne av Lloyds of London.

1.2 Cover Holder status

VHA er av Lloyds of London gitt status som Cover Holder, og representerer dermed Lloyds of London i alle praktiske gjøremål, så som utstedelse av forsikringsdokumenter, beregning og innkreving av forsikringspremie.

1.3 Drifter som Forsikringsformidlingsagent

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

1.4 Avtalebakgrunn

Bakgrunnen for denne Forsikringsavtalen er at Forsikringstaker, som kan være en arbeidsgiver, en interesseorganisasjon eller en medlemsorganisasjon, ønsker at de personene som er nevnt i forsikringsavtalen, skal omfattes av Vertikal helseforsikring formidlet av VHA på vegne av forsikringsgiver Lloyds of London.

Privatpersoner, kan også tegne Vertikal helseforsikring og bli forsikret under denne avtalen mot en tilleggspremie. Ektefelle, samboer og / eller barn kan også knyttes til forsikringsavtalen mot en tilleggspremie.

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

1.5 Eurocard Forsikringsavtale

For kunder med Eurocard Forsikringsavtale, vil Forsikringstaker være kortholder og de personer i kortholders familie som er skriftlig innmeldt i avtalen.

2. Tjenester formidlet av Vertikal Helseassistanse AS

Vertikal Helseassistanse AS administrerer behandlingsforsikringen på vegne av Loyds of London. Vertikal Helseassistanse AS vil motta alle henvendelser fra pasienter, samt tilrettelegge alle behandlinger og andre nødvendige tiltak for å gjennomføre et behandlingsløp. Dette er nærmere beskrevet i pkt. 4. Nærmere praktisk informasjon vil kunne gis av VHA.

3. Vertikal helseforsikring gitt av Lloyds of London

3.1 Definisjoner

Med mindre annet fremgår av sammenhengen betyr følgende:

Barn

En person under 18 år og som Forsikringstaker og/eller ektefelle/samboer er foresatt for.

Behandling

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

Eksisterende lidelser

En medisinsk tilstand hvor symptomene førte til en diagnose satt av lege og hvor det ble konstatert behov for behandling/operasjon.

Erstatning

Behandlingsutgifter dekket under vilkårsettet.

FAL

Lov av 16.06.89 nr 69 om forsikringsavtaler.

Forsikrede

Den enkelte person som faller inn under pkt. 3.2.

Forsikringstaker

«Forsikringstaker» betyr premieansvarlig arbeidsgiver, kommune eller organisasjon som den forsikrede er tilknyttet. Enkeltpersoner som ikke har tilknytning til foretak som nevnt i foregående ledd, kan knytte seg selv, ektefelle/samboer og barn, til den kollektive forsikring på individuell basis med samme dekningsvilkår. Enkeltpersoner som er medlemmer av Eurocard Helseforsikring er dekket av forsikringen, sammen med Forsikringstakernes ektefelle/samboer og barn når de er meldt inn til Selskapet ved VHA på politen.

Forsikringstiden

Tidspunktet fra Forsikringstakeren har

inngått avtalen om forsikringen og ett år fremover med mindre annet er avtalt mellom partene. For Forsikrede under Eurocard Helseforsikring løper forsikringen for en måned av gangen inntil gyldig opphør. Det vises til pkt. 5 nedenfor.

Forsikringsvilkårene

Disse vilkår og eventuelle skriftlige tillegg til Forsikringsvilkårene eller tillegg utstedt av Selskapet etter særskilt avtale.

Lege

Lege som er kvalifisert til å behandle årsakene til og følgene av medisinske problemer som omfattes av forsikringen. Denne personen kan ikke være slektning eller nær venn av den Forsikrede.

Operasjon

Medisinsk behandling foretatt av kompetent lege i løpet av forsikringstiden og som medfører kirurgiske prosedyrer under generell, regional eller lokal bedøvelse. Inngrepet foretas med terapeutisk formål på sykehus eller operasjonsklinikk.

Samboer

Person som man lever med i ekteskaps-lignende/partnerskapslignende form og som er registrert på samme adresse i folkeregisteret.

Selskapet

Lloyds of London, forsikringsselskapet som er forsikringsgiver for den kollektive forsikringen. Adresse: One Lime Street, London EC3M 7HA, England.

Spesiallege

Lege som er godkjent spesialist i henhold til kriteriene satt av Den norske Lægeforening og som har en spesialistkompetanse som omfattes av spesialisthelsetjenesten. Det vil si at Spesialist i Allmennmedisin ikke er definert som spesiallege i denne sammenheng.

Sykehus

En institusjon som oppfyller følgende kriterier:

- har diagnostiske og terapeutiske muligheter for kirurgisk og medisinsk behandling og stell av skadede og syke under overvåking av leger; og
- kan sørge for kontinuerlig stell under kontroll av kvalifisert helsepersonell; og ikke er en institusjon for sinnslidende, hvilehjem eller aldershjem, sted for behandling av avhengighet av narkotika, alkohol eller en lignende institusjon.

Sykehusopphold

Behandling av den Forsikrede på

sykehus etter godkjent anbefaling fra lege i forbindelse med operasjon, behandling eller spesialistkonsultasjon.

VHA

Vertikal Helseassistanse AS, Selskapets representant i Norge.

3.2 Forsikringstiden, fornyelse og om Forsikrede under forsikringsavtalen

Er ikke annet lovbestemt eller avtalt, begynner Selskapets ansvar å løpe når Forsikringstakeren eller Selskapet har godtatt de vilkår som den annen part har stilt. Har Selskapet sendt skriftlig aksept til Forsikringstakeren, løper Selskapets ansvar fra kl. 0000 den dag da aksepten ble sendt, dersom anmodning om forsikring var kommet til selskapet senest dagen før, jf. FAL § 12-2

Forsikringen gjelder i ett – 1 – år av gangen fra Selskapets ansvar begynner å løpe, hvis ikke annet er avtalt eller følger av avtalen om forsikringen. Denne perioden omtales som «Forsikringstiden».

For medlemmer av Eurocard Helseforsikring er Forsikringstiden løpende for en måned av gangen, fra dato for inntredelse inntil den blir gyldig avsluttet, jf. pkt 5 nedenfor.

Fornyelse av denne avtale skjer automatisk for ett år av gangen hvis ikke annet er meddelt selskapet innen avtalens utløp.

Som Forsikret i den kollektive forsikringen kan opptas personer mellom 0–67 år, og som faller inn under vilkårene i pkt. 1.

For nye Forsikrede etter fylte 67 år, kan man søke om å tegne forsikring. Søknaden blir avgjort etter individuell vurdering av nødvendige helseopplysninger. Søknaden innvilges for ett år av gangen.

For eksisterende medlemmer fornyes Avtalen automatisk i henhold til ovenstående regler, selv om man har passert 67 år, forutsatt at forsikringsdekningen har vært sammenhengende.

Forsikringstaker bestemmer hvilke personer som skal dekkes av den kollektive forsikringen. For private kunder og Forsikrede gjennom Eurocard Helseforsikring, er Forsikringstaker og Forsikrede samme person. Dennes samboer/ektefelle og barn kan også være Forsikrede forutsatt at de er gyldig meldt inn i politen.

Der forsikring er tegnet for flere enn Forsikringstaker, kan Forsikringstakers tilknyttede personer meldes inn og ut i avtaleperioden. Betaling eller refusjon av premie skjer da forholdsmessig av den tid som gjenstår frem til hovedforfall.

Rettighetene for Forsikringstaker opphører automatisk når Avtalen opphører. Den Forsikredes rettigheter på saker som enda ikke er meldt selskapet bortfaller fra samme tidspunkt.

Der den Forsikredes rettigheter etter denne Avtalen er knyttet til en annen Forsikringstakers polise, opphører forsikringsdekningen automatisk på tidspunktet da vedkommende tilknytningsforhold (herunder ansettelsesforholdet/medlemskapet/kortavtalen) mellom Forsikrede og Forsikringstaker opphører.

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

Forsikrede må ha fast bopel i Norge, og ha rett til behandling i det offentlig finanserte helsevesen.

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

3.3 Betalingsbetingelser – premiegrunnlag

Premien dekker produktet Vertikal inkludert den kollektive forsikringen gitt av Lloyds of London. Prisfastsettelsen skjer etter egen avtale. Avtalen gjelder de personene som er skriftlig innmeldt. Krav etter Avtalen skal imøtekommes innen de tidsfrister som er angitt i forsikringsbeviset. Summen skal betales til klientkonto for Selskapet v/Vertikal Helseassistanse AS. Forfall er innen 30 dager etter inngått Avtale, om ikke annet er avtalt.

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

For Forsikrede gjennom Eurocard vil premie kunne betales månedlig i forbindelse med tilsendt faktura fra Eurocard (Europay Norge AS).

Forsikringspremien forfaller til betaling som avtalt med Eurocard, som regel som angitt på faktura fra kortselskapet. Hvis Forsikringstaker i Forsikringstiden ønsker å melde nye personer inn i den kollektive forsikringen, vil det kunne gjøres mot en tilleggspremie. Hvis Forsikringstaker i Forsikringstiden ønsker å melde Forsikrede ut av den kollektive forsikring, vil Forsikringstaker motta en refusjon. Denne premie/refusjon vil være proporsjonal med den tid som på tidspunktet for endelig opphør, jf. pkt. 5, gjenstår av avtaleperioden.

Selskapet har rett til innsyn hos Forsikringstaker for å kontrollere premiegrunnlaget.

Selskapet vil ikke kreve gebyr for kostnader ved at forsikringen opphører i Forsikringstiden.

3.4 Forsikringens dekningsområder

3.4.1 Forsikring

Denne forsikringen gjelder somatiske ikke-akutte operasjoner, behandlinger og spesialistkonsultasjoner hvor ventetiden i et offentlig norsk helsevesen overstiger garantitiden som er spesifisert i Forsikringsbeviset.

3.4.2 Forsikringsdekning
Maksimalt dekningsbeløp er NOK 2 000 000 per forsikret per skadetilfelle.

3.4.3 Erstatning – dekning av godkjente utgifter

Som godkjente utgifter regnes rimelige og nødvendige utgifter til operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon for Forsikrede i sykehus eller privat spesialisthelsetjeneste, når Forsikrede ikke kan behandles av det offentlige helsevesen innen avtalte tider og som er spesifisert i Forsikringsbeviset. Utgiftene skal være skriftlig forhåndsgodkjent av Vertikal Helseassistanse AS. Dersom behandlingen/operasjonen ikke kan utføres av det offentlige helsevesen i løpet av garantitiden, og heller ikke kan utføres innen det fylket i Norge hvor den Forsikrede er bosatt, dekker forsikringen også rimelige og nødvendige reise- og oppholdskostnader, slik at den Forsikrede kan få behandlingen annet sted i Norge eller i Europa.

Utgifter som kan dekkes omfatter blant annet sykehusopphold inklusive mat og alkoholfrie drikker, klinisk behandling og stell, operasjoner og anestesi, legehonorarer, legemidler og bandasjer under sykehusoppholdet/spesialistkonsultasjonen, postoperativ rehabilitering og rekonvalesens, ambulans, patologi

og godkjent transport. For at et behandlingsløp skal godkjennes, må det være foreskrevet av en lege med spesialgodkjenning fra Den norske Lægeforening eller tilsvarende.

Selskapet dekker godkjente utgifter som rimeligvis og nødvendigvis er pådratt den Forsikrede i forbindelse med operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon i Forsikringstiden.

Utgiftene har oppstått som et resultat av diagnostisering foretatt av Lege og krav til spesialisert behandling, som ikke kan ytes i løpet av garantitiden i offentlig norsk helsetjeneste. Inkludert er postoperativ rehabilitering og rekonvalesens.

Fysioterapi, og andre behandlingstiltak forordnet av spesialist, dekkes i henhold til det foreskrevne antall behandlinger. Psykolog- og psykiatertjenester dekkes der det foreligger medisinske indikasjoner som følgetilstand av andre alvorlige somatiske lidelser. Det er dog en øvre grense på 6 konsultasjoner per skadetilfelle.

Forsikringssummen utbetales fra Selskapet til Vertikal Helseassistanse AS til dekning av forskutterte utgifter til operasjon/behandling, samt til dekning av eventuelle utlegg Forsikringstaker eller Forsikrede i den kollektive forsikringen har hatt i forbindelse med utført operasjon/behandling på norsk eller utenlandsk sykehus/klinikk. Alle utlegg skal forhåndsgodkjennes av VHA.

3.5 Unntak og begrensninger i forsikringen

3.5.1 Samlet ansvar

Selskapets samlede ansvar for alle godkjente utgifter i løpet av Forsikringstiden er begrenset til Forsikringsdekningen.

3.5.2 Forsikringen gjelder ikke følgende medisinske tilstander:

- Sykdom hvor det er igangsatt behandling eller hvor det foreligger en diagnose med et avklart dokumentert behandlingsbehov fra lege eller sykehus på det tidspunkt forsikringen tegnes, er ikke dekket av forsikringen.
- Kosmetisk kirurgi, med mindre det er indisert på bakgrunn av skader/sykdom den forsikrede har pådratt seg i forsikringsperioden.
- Tannbehandling inkludert sykdommer i tannkjøttet.
- Tilstander og utredninger knyttet til barnløshet (infertilitet), graviditet og oppretting av arvelige misdannelser.

- e) Sterilisering, eller operasjoner som har til hensikt å oppheve effekten av tidligere utførte steriliseringer.
- f) Kjønnsskifteoperasjoner.
- g) Donasjoner eller transplantasjon av organer eller kroppsvev.
- h) Akuttmedisinske tilfeller.
- i) Operasjoner som et resultat av tidligere utførte operasjoner (før forsikringen trådte i kraft).

3.5.3 Unntak for erstatning

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

- a) Forsettelig selvpåført skade eller sykdom eller den Forsikredes alkoholisme eller inntak av narkotika (som ikke er foreskrevet av lege) eller inntak av legemidler ut over produsentens anvisning, eller misbruk av løsningsmiddel eller vanedannende forhold av enhver art.
- b) Krig, invasjon, fremmed fiendes handling, terrorhandlinger, krigshandling (enten krig er erklært eller ikke), borgerkrig, oppstand, revolusjon, opprør, kupp eller sivil uro eller følgerne av radioaktiv forurensning.
- c) Tilstander forårsaket av den forsikredes deltakelse i ulovlig virksomhet, herunder utførelse av ulovlig handling.

3.6 Fullmakt

Et vilkår for dekning etter denne Forsikringsavtalen er at Forsikrede eller barns foresatte, når forsikringstilfellet inntreffer, underskriver VHAs fullmakt og samtykker i at VHA kan innhente uttalelser og relevante opplysninger fra alle leger, helsepersonell og helseinstitusjoner hvor Forsikrede har vært til undersøkelse og/eller behandling, både forut for tidspunktet vedkommende ble forsikret og senere. Forsikrede må i denne forbindelse fritas disse fra sin taushetsplikt til å gi relevant og tilstrekkelig opplysninger og svar på alle relevante spørsmål som Selskapet måtte finne nødvendig for behandling av forsikrings-saken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av Forsikredes rettigheter under forsikringen.

3.7 Annen forsikring

Dekkes samme operasjon, behandling eller spesialistkonsultasjon av flere forsikringer, kan forsikrede velge hvilke forsikringer han eller hun vil bruke, inntil Forsikrede har fått den erstatning han eller hun i alt har krav på. Er flere selskaper ansvarlig for Forsikredes krav etter første ledd, utlignes erstatningen

forholdsmessig mellom selskapene etter omfanget av det enkelte selskaps ansvar for operasjon, behandling eller spesialistkonsultasjon, når ikke annet er avtalt mellom selskapene.

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

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

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

Selskapet kan si opp en løpende forsikring i samsvar med reglene i FAL §§ 13-3, 13-4 og 18-1 tredje ledd. For øvrig kan det bare si opp en løpende forsikring når det foreligger et særlig forhold som er bestemt angitt i vilkårene, og oppsigelse er rimelig. For Selskapets rett til å si opp en løpende forsikringsordning gjelder FAL § 12-4.

3.9 Bopel

Forsikrede må være fast bosatt i Norge og omfattet av retten til sykehusbehandling og behandlingsformer som ville gitt rett til refusjon etter folketrygden § 5-4 til 5-12 dersom den var blitt foretatt innenfor den offentlige helsetjenesten.

3.10 Garantitid

Garantitid for undersøkelse / behandling beregnes fra det tidspunktet VHA har mottatt underskrevet VHAs fullmakt fra Forsikrede og en skriftlig henvisning fra Lege, som har dokumentert behovet for medisinske tjenester omfattet av disse vilkår.

Garantitiden beregnes også fra det tidspunkt den Forsikrede befinner seg i Norge. Dette gjelder hvis Forsikrede er på tjenestereise, ferie eller lignende opphold i utlandet.

Forsikringen kommer til anvendelse hvis ventetiden på en operasjon/ behandling i det offentlige helsevesenet overstiger 10, 20 eller 28 virkedager etter at den behandelende Lege har henvist Forsikrede til Spesiallege, foreskrevet operasjon eller

behandling, og VHA er blitt informert om dette. Hvilke av de Forsikrede som har rettigheter til 10, 20 eller 28 virkedagers garantitid, fremgår av Forsikringsavtalen som Forsikringstaker / Forsikrede har inngått med VHA.

3.11 Skadeoppgjør

Krav i samsvar med reglene i forsikringsvilkårene skal rettes til Selskapet ved Vertikal Helseassistanse AS. Dersom en Forsikret melder krav til Forsikringstakeren, skal denne omgående gi melding videre til Vertikal Helseassistanse AS.

Alle oppgjør relatert til forsikringsvilkårene skal utbetales fra Selskapet til Vertikal Helseassistanse AS. Vertikal Helseassistanse AS skal på vegne av Selskapet dekke kostnadene i forbindelse med forsikringstilfellet.

Vertikal Helseassistanse AS skal på vegne av Selskapet dekke eventuelle kostnader for Forsikringstaker/ Forsikrede i forbindelse med forsikringstilfellet. Disse kostnadene skal forhåndsgodkjennes av Vertikal Helseassistanse AS.

3.11.1 Frist for melding om forsikringstilfelle

Selskapet er uten ansvar hvis Forsikrede ikke har meddelt kravet til Selskapet innen ett år etter at den forsikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det, jf. FAL § 18-5 første ledd.

3.11.2 Frist for å foreta rettslige skritt
Selskapet er uten ansvar hvis Forsikrede ikke har anlagt sak eller krevd intern klageutvalgsbehandling som nevnt i pkt. 7, innen et år regnet fra den dag Selskapet skriftlig har meddelt den Forsikrede at det ikke anser seg ansvarlig og samtidig minnet han eller henne om fristen, dens lengde og følgerne av at den er overtrådt, jf. FAL § 18-5 annet ledd.

3.11.3 Dokumentasjon

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

3.11.4 Rente og erstatning

Vertikal Helseassistanse AS forskutterer de utgifter som dekkes av forsikringen og får erstatning fra Selskapet. Erstatning utbetales etter denne polisen til Vertikal Helseassistanse AS, som forskutterer kun etter at skriftlig melding er mottatt fra Forsikringstaker/behandlende Lege ved siden av gyldig fullmakt. Selskapet skal svare rente av erstatning eller forsikringssum når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til Selskapet ved Vertikal Helseassistanse AS. Det vises til reglene i FAL § 18-4.

3.11.5 Ansvarstid

Forsikringens ansvarstid for et godkjent skadetilfelle er ubegrenset. Begrensningen vil dermed kun være relatert til at skaden oppsto i Forsikringstiden, ble meldt i tide, og er innenfor rammen av forsikringssummen.

3.11.6 Foreldelse

Krav på erstatning eller forsikringssum foreldes etter 3 år. Fristen begynner å løpe ved utløpet av det kalenderår da den berettigede fikk nødvendig kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Kravet foreldes likevel senest 10 år etter utløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff, jf. FAL § 18-5.

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

4. Tjenester formidlet av Vertikal Helseassistanse AS på vegne av Lloyds of London

Vertikal Helseassistanse AS administrerer forsikringen på vegne av Lloyds of London.

4.1 Veiledning i helserelaterte spørsmål

Vertikal Helseassistanse AS vil veilede Forsikringstaker eller Forsikrede på følgende områder:

- Medisinsk veiledning i forbindelse med Forsikredes behov for sykehus/spesialistbehandling, for at de skal få

behandling innen avtalt garantitid.

- Rådgivning med hensyn til vurdering av kvalitet på ulike sykehus eller behandlingstilbud som Forsikrede blir tilbudt.
- Rådgivning relatert til pasientrettigheter knyttet til «Lov om pasientrettigheter» og rettigheter knyttet til vilkårene i Vertikal.

4.2 Pasienthåndtering

Når den Forsikrede skal behandles i henhold til inngått forsikringsavtale, vil Selskapet v/ Vertikal Helseassistanse AS forstå og bekoste som angitt nedenfor. Det bemerkes at Vertikal Helseassistanse kun er ansvarlig for formidlingen av nedenfor angitte tjenester, men ikke utførelsen av disse, jf. blant annet pkt. 4.2.4.

4.2.1 Konsultasjon hos spesialist

Når en Forsikret i et forsikringstilfelle har behov for slik konsultasjon, vil Selskapet ved Vertikal Helseassistanse AS skaffe time hos spesialist innen 10 virkedager, regnet fra nærmeste påfølgende virkedag etter at meldingen om forsikringstilfellet er mottatt. Denne spesialistkonsultasjonen er dekket av forsikringspremien, hvis den er rekvirert av Lege. Som et ledd i oppfølging eller i forbindelse med operasjon/behandling, er slike oppfølginger etter behandling/operasjon dekket for alle forsikrede gjennom produktet Vertikal.

4.2.2 Valg av Sykehus

Vertikal Helseassistanse AS vil på bakgrunn av opplysninger om Forsikrede og den operasjon/behandling hun/han skal ha, anbefale et Sykehus som kan foreta operasjon/behandling innen den garantitid Forsikringstaker har avtalt for Forsikrede. Valg av Sykehus vil bli foretatt på bakgrunn av kompetanse og kvalitet knyttet til Sykehuset og Sykehusets beliggenhet i forsikredes bopel. Forsikredes bopel. Sykehuset kan være privat eller offentlig i Norge og Norden privat i Europa. Forsikrede står fritt til å avslå tilbudet om behandlingstilbud, men har da ikke et ubetinget krav på behandling under forsikringen. Selskapet v/ Vertikal Helseassistanse AS vil likevel søke å finne frem til et alternativ som Forsikrede vil godta. Rimelig tid som medgår til å finne slike andre tilbud enn det først tilbudte, skal ikke regnes inn under garantitiden.

I situasjoner hvor særlige kvalitetskriterier tilsier det, eller det ikke innenfor garantitiden er mulig å få tilgang til Sykehus i Norden, kan Sykehus utenfor

Norden bli valgt.

4.2.3 Transport til og fra Sykehus
Forsikringen vil ved behandling i et forsikringstilfelle dekke nødvendige og påregnelige kostnader i forbindelse med reise og billettbestillinger hvis pasienten må reise ut av eget fylke for å komme til egnet sykehus. Hvis pasientens tilstand krever spesialtransport (for eksempel båretransport) eller følge av medisinsk personell, vil dette bli besørget av personell i Vertikal Helseassistanse AS eller innleid personell med de nødvendige kvalifikasjoner.

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

4.2.4 Oppfølging under og etter operasjonen/behandling

Personell fra Vertikal Helseassistanse AS vil under sykehusoppholdet i et forsikringstilfelle stå i løpende kontakt med pasient og sykehus for å følge opp under behandlingen. Vertikal Helseassistanse AS skal ikke overta ansvaret til behandlerne eller behandlingstilbudet, men vil være en kontaktperson eller i nødvendig utstrekning en støtte for pasienten under pasientforløpet, dersom han/hun ønsker det. Ansvar for feil i profesjonsutøvelsen hos behandlende personell er behandlende personell/ behandlingstilbudets ansvar. Alle behandlingstider skal ha betryggende normal ansvarsforsikring.

4.2.5 Rekonvalesens

Der rekonvalesens foreskrives av behandlende Lege/Sykehus, vil Vertikal Helseassistanse AS i forsikringstilfellene være behjelpelig med å tilrettelegge denne så nær pasientens hjemsted som mulig. Rekonvalesensen vil planlegges i samråd med behandlende Lege/Sykehus. Reisekostnader knyttet til reise til og fra rekonvalesensoppholdet, besørger forskuttert av Vertikal Helseassistanse AS, hvis dette ligger utenfor eget fylke. Dersom reisen krever spesialtransport, vil Vertikal Helseassistanse AS besørge dette.

4.2.6 Oppfølging av pårørende
Hvis pasienten ber om det, vil personell i Vertikal Helseassistanse AS løpende tilby å informere en representant for de pårørende om pasientens tilstand.

4.2.7 Avsluttet behandling
Etter avsluttet behandling vil ikke saken avsluttes før etter 6 måneder.

Den Forsikrede vil da kontaktes, slik at Selskapet ved Vertikal Helseassistanse AS kan gjøre en helhetlig vurdering etter vilkårene om hvorvidt forsikrings-tilfellet krever ytterligere tiltak. Hvis ikke vil saken avsluttes fra Vertikals side. Medisinske opplysninger vil da slettes og den Forsikrede vil få tilbud om å få tilsendt sine opplysninger hjem til seg.

4.2.8 Second opinion

Hvis den Forsikrede ber om det, vil Vertikal Helseassistanse AS tilby å fremskaffe en uavhengig spesialist som kan vurdere den Forsikredes diagnose og behandling på nytt. Kostnadene for denne undersøkelsen dekkes under forsikringen. En slik undersøkelse forutsetter at diagnosen/behandlingen faller inn under forsikringsvilkårene.

4.3 Varsling

Vertikal Helseassistanse AS skal varsles om behandling/operasjonsbehovet så raskt som mulig etter at behandlende Lege har henvist til spesialist, foreskrevet operasjon eller behandling. Avtalt garantitid som spesifisert i forsikringsbeviset trer i kraft fra tidspunktet Vertikal Helseassistanse AS har mottatt skriftlig melding om behandlings/operasjonsbehovet fra behandlende Lege, og underskrevet fullmakt fra Forsikrede foreligger.

5. Oppsigelse og endring av avtalen

5.1 Bortfall på grunn av manglende premiebetaling

Forsikringen vil bortfalle om Forsikringstaker ikke betaler innen de varslings- og betalingsfrister som følger av premievarslene fra VHA på vegne av Selskapet, eller tilsvarende gjennom Eurocard.

For Eurocard-kunder som betaler forsikringspremie gjennom sine månedlige betalingsordninger med Eurocard, løper forsikringsdekningen for en og en måned. Manglende betaling vil medføre mislighold som kan føre til at forsikringsdekningen opphører. Selskapets ansvar i forbindelse med manglende premiebetaling reguleres av FAL §§ 14-1 og 14-2.

5.2 Bortfall og opphør for øvrig

Bestemmelsene i disse forsikringsvilkår kan ikke, utenom ved fornyelse av forsikringen, oppheves eller endres av Forsikringsgiver i Forsikringstakers disfavør, jf. FAL § 12-7.

Forsikringstakeren kan i Forsikringstiden si opp forsikringen dersom forsikrings-

behovet faller bort eller det foreligger andre særlige grunner, eller for flytting av forsikringen til et annet selskap, jf. FAL § 12-4. Selskapet ved VHA skal varsles om oppsigelse med en frist på minst en måned. Ved flytting skal det i varselet opplyses om hvilket selskap forsikringen flyttes til og om tidspunktet for flyttingen, jf. FAL § 12-3. Eurocard-kunder kan si opp forsikringen ved melding til Eurocard eller Europay Norge AS, eller til Selskapet ved VHA. Forsikringsdekningen opphører etter minst 30 dager, med mindre Selskapet ved VHA har akseptert en kortere frist. Dette vil i så fall bli skriftlig bekreftet av Selskapet ved VHA.

Dekningen etter denne forsikringen opphører straks ved Forsikredes død eller når Forsikredes tilknytningsforhold til Forsikringstakeren nevnt i forsikringsbeviset opphører, med mindre annet er skriftlig avtalt.

Opphører forsikringen, skal Forsikringstakeren – dersom opphøret ikke skyldes svik eller tilsvarende omstendigheter – godskrives forsikringens verdi, herunder overskytende premie som er innbetalt. Dette gjelder selv om Forsikringsgiver for øvrig er helt eller delvis fri for ansvar.

Skyldig premie på 100 kroner eller mindre inndrives ikke. Tilgodepremie på 100 kroner eller mindre tilfaller Selskapets representant.

Der Forsikringstaker representerer flere Forsikrede, har Forsikringstaker ansvaret for å varsle de øvrige Forsikrede hos Forsikringstaker om bortfallet.

5.3 Fornyelse av forsikringsavtalen

Vil ikke Forsikringstakeren at forsikringen skal fornyes automatisk, må han eller hun varsle Selskapet ved Vertikal Helseassistanse AS innen forsikringstidens utløp, jf. FAL § 12-8.

Vil ikke Selskapet at forsikringen skal fornyes automatisk, må det varsle Forsikringstakeren om dette senest to måneder før forsikringstidens utløp. Varslet skal være skriftlig og grunnlagt. I motsatt fall fornyes forsikringsforholdet for ett år, jf. FAL § 12-9.

Selskapet kan bare unnlate å fornye en forsikring når det foreligger særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet. Selskapet skal i varselet orientere om adgangen til Forsikrede for å få prøvd om Selskapet har rett til å unnlate fornyelse, jf. FAL § 12-4.

Forsikringstakeren skal varsle den Forsikrede om endringer i vilkårene.

6. Force majeure

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

7. Behandling av klager, tvister og søksmål

7.1 Klage

Forsikringstakeren, forsikrede eller andre som måtte ha rettigheter etter denne forsikring kan påklage Selskapets avgjørelse i forbindelse med forsikringsoppgjør eller Selskapets håndtering av forsikringsavtalen. Alle klager eller krav om erstatning i henhold til denne forsikring skal rettes til Selskapet:

Vertikal Helseassistanse AS
Postboks 2803 Solli
0204 Oslo
eller telefon 23 01 48 00.

Hvis forsikringstaker er misfornøyd med håndteringen av klagen eller skadetilfellet, eller ønsker å klage på kompensasjonen som er gitt eller avslått, kan klagen bringes inn for Forsikringsklagekontoret. Klagen skal rettes til:

Forsikringsklagekontoret
Drammensveien 145
0277 Oslo

Forsikringstaker kan også rette klagen til Lloyds' generalagent i Norge:

Advokat Espen Komnes
Postboks 1661 Vika
0120 Oslo.

Generalagenten har anledning til å forelegge klagen for Lloyds' Department i London.

Vertikal Helseassistanse AS

Besøksadresse: Parkveien 60, 0254 Oslo

Postadresse: Postboks 2803 Solli, 0204 Oslo

Telefon: 23 01 48 00

Faks: 23 01 48 50

E-post: vha@vha.no

www.vha.no