

ERGO FORSIKRING A/S NUF

Behandlingsavtale (HELSEo1)

Forsikringsvilkår

- for individuell og kollektiv behandlingsavtale.

Vilkår gjeldende fra 01.01.2026

Innhold

Oversikt over dekninger	2
Generelle vilkår nr. 03.00.03 og 03.00.02.....	3
Spesielle vilkår nr. 03.01.01 – Sykehusinnleggelse med operasjon	10
Spesielle vilkår nr. 03.02.01 – Dagkirurgi, Operasjon uten sykehusinnleggelse	11
Spesielle vilkår nr. 03.03.01 – Sykehusinnleggelse uten operasjon	12
Spesielle vilkår nr. 03.04.01 – Legespesialistbehandling	13
Spesielle vilkår nr. 03.05.01 – Kreftbehandling.....	14
Spesielle vilkår nr. 03.06.01 – Fysikalsk behandling.....	15
Spesielle vilkår nr. 03.13.01 – Psykologibehandling.....	16
Spesielle vilkår nr. 03.15.01 – Psykologibehandling Topp	17
Hvordan gå frem ved klager	18
Definisjoner og ordforklaringer	19

**Gjelder fra
1. januar 2026**



Oversikt over dekninger som forsikringen kan omfatte

Utgifter til medisinsk behandling, (ikke operasjon), av fysisk sykdom på privat sykehus, som krever overnatting på sykehus, som er henvist av lege, og er forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Utgifter til medisinsk behandling, (ikke operasjon), av fysisk sykdom på privat sykehus, som krever overnatting på sykehus, som er henvist av lege, og er forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Utgifter til operasjon av fysisk sykdom på privat sykehus/klinikk som ikke krever overnatting (dagkirurgi), som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Behandling, undersøkelse og diagnostisering hos legespesialist, etter henvisning fra lege og som er forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Kreftbehandling, herunder operasjoner, strålebehandling og cellegift, henvist av lege og som er forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Konsultasjon hos ytterligere en legespesialist for ny medisinsk vurdering (Second opinion). En per diagnose og kun ved livstruende sykdom og skade eller ved særskilt risikofylt behandling. Konsultasjonen skal være forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Nødvendige undersøkelser, tester og prøver på sykehuset/klinikken i direkte og umiddelbar sammenheng med operasjonen/Behandlingen	Dekket
Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under operasjonen/behandlingen på sykehuset, klinikken eller hos legespesialisten	Dekket
Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen (proteser, implantater)	Dekket
Rimelige og nødvendige oppholdsutgifter (kost og losji) i forbindelse med sykehusinnleggelse og operasjon (gjelder ikke ved legespesialistbehandling og fysisk behandling) Kostnader for oppholdsutgifter dekkes etter statens satser for helsetjenester. Oppholdsutgifter må være forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Rimelige og nødvendige reiseutgifter i forbindelse med sykehusinnleggelse/operasjon/kreftbehandling/rehabilitering (gjelder ikke ved fysisk behandling). Ved spesialist- behandling må reiseavstanden fra hjemstedet til behandlingssted være over 15 mil en vei for at reiseutgiftene skal dekkes. Ved bruk av egen bil dekkes kjøregodtgjørelse etter statens satser for helsetjenester. Reisen må være forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, operasjonen/sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket
Behandlingsgaranti ved behov for undersøkelse/behandling, 10 virkedager, fra Selskapet har mottatt fullstendig og nødvendig medisinsk dokumentasjon. Dersom et behandlingsforløp består av flere planlagte behandlinger gjelder behandlingsgarantien første behandling.	Dekket
Fysisk behandling. Det vil si utgifter til behandling av offentlig godkjent fysioterapeut, manuellterapeut, kiropraktor eller behandling hos naprapat. Antall behandlinger fremgår av ditt forsikringsbevis. Behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.	Dekket om det fremgår av forsikringsbeviset
Psykologisk førstehjelp. Inntil 10 behandlinger per hendelse. Psykologisk første hjelp må være forhåndsgodkjent av Selskapet. Dekningen gjelder også den forsikredes nærmeste familie (som familie regnes ektefelle/registrert partner og barn under 26 år).	Dekket
Utgifter til behandling hos psykolog for lettere psykiske lidelser. Inntil 12 konsultasjoner per forsikringstilfelle. Det kan kreves at behandlingen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet	Dekket om det fremgår av forsikringsbeviset

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

Generelle vilkår

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

1. Forsikringsavtalen

1.1. Hvilke lover og regler som gjelder.

For forsikringsavtalen gjelder:

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

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

1.2. Hvilke forsikringsbestemmelser som gjelder

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

1.3. Definisjoner og ordforklaringer

Se Definisjoner og ordforklaringer bakerst i dette vilkåret.

1.4. Hvem forsikringen omfatter

1.4.1. Individuell forsikringsavtale

(Generelle vilkår nr 03.00.03)

En individuell forsikringsavtale kan kun avtales for forsikrede bosatt i Norden og som er medlem av de nordiske lands rygdesystem. En forsikret kan meldes inn i avtalen fra 0 år og senest ved 66 års alder (søknaden må være signert og Selskapet i hende senest dagen før forsikrede fyller 67 år), og kan omfattes av forsikringen livet ut om ikke forsikringen opphører av annen årsak på et tidligere tidspunkt.

1.4.2. Kollektiv forsikringsavtale

(Generelle vilkår nr 03.00.02)

En kollektiv forsikringsavtale kan kun avtales for forsikrede bosatt i Norden og som er medlem av de nordiske lands trygdesystem. En forsikret kan tidligst innmeldes i avtalen fra 16 år og senest ved 66 års alder, og kan ikke omfattes av forsikringen lenger enn det forsikringsåret den forsikrede fyller 72 år om ikke forsikringen opphører av annen årsak på et tidligere tidspunkt. Videre må den forsikrede ved inngåelse i avtalen oppfylle definisjon om arbeidsførhet nærmere beskrevet i avtalen mellom Selskapet og forsikringstakeren. For videreføring av forsikringsavtalen se kapittel 14. Det er adgang for det enkelte medlemmet å reservere seg mot å være med i helseforsikringen. I de tilfeller hvor medlemmet reserverer seg fra ordningen må det om det ønskes å bli med i avtalen på et senere tidspunkt, søke om opptak på individuelle vilkår.

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

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

1.5. Hva forsikringen dekker

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

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

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

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

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

1.5.1. Psykologisk førstehjelp

Forsikringen dekker utgifter til inntil 10 behandlinger per hendelse til psykologisk førstehjelp ved ulykker, dødsfall, alvorlig sykdom, overfall eller innbrudd. Behandling skal igangsettes i direkte tilknytning til hendelsen og uten ugrunnet opphold. Psykologisk førstehjelp omfatter ikke ordinær psykologisk behandling av lidelser som har utviklet seg som følge av psykisk belastning over tid, og som ikke krever øyeblikkelig psykologisk bistand.

Slik behandling krever ikke henvisning fra lege, men den må være forhåndsgodkjent av Selskapet. Dekningen gjelder også den forsikredes nærmeste familie (som familie regnes ektefelle/ registrert partner og barn under 26 år).

1.5.2. Second Opinion

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

- Livstruende sykdom og skade
- Særskilt risikofylt behandling

Konsultasjonen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

1.5.3. Reiseutgifter

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige reiseutgifter i forbindelse med sykehusinnleggelse/operasjonen/kreftbehandling/ rehabilitering (gjelder ikke ved fysikalsk behandling). Ved spesialistbehandling må reiseavstanden fra hjemstedet til behandlingssted være over 15 mil en vei for at reiseutgiftene skal dekkes. Ved bruk av egen bil dekkes kjøregodtgjørelse etter statens satser for pasientreiser. Forsikringen dekker rimelige og nødvendige reiseutgifter for en voksen ledsager i forbindelse med sykehusinnleggelse og operasjon når den forsikrede ikke er fylt 18 år og/eller det er medisinsk nødvendig.

Alle reiser må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

1.5.4. Kost og losji

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

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

1.6. Hvor forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder behandling i Norden med behandlere/ sykehus/klinikker som Selskapet har inngått avtale med. All behandling skal ha sitt utgangspunkt i Norden og henvisende lege/behandler må praktisere i Norden. Forsikringen gjelder for behandling i Norden selv om sykdom eller skade inntreffer utenfor Norden. Finner ikke Selskapet ledig kapasitet og/eller kompetanse i Norden, kan Selskapet henvise til helsetjenester i Europa for øvrig i eget nettverk, fortrinnsvis så nær Norden som mulig.

1.7. Når forsikringen gjelder

Forsikringsansvaret forutsetter:

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

1.8. Registrering og formidling av helseopplysninger/ medisinsk dokumentasjon

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

1.9. Forsikringstiden og fornyelse

Forsikringsavtalen fornyes automatisk hvert år såfremt premie betales og forsikringsavtalen ikke sies opp. Selskapet kan unnlate å fornye en forsikring når det foreligger særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet.

1.10. Endring av forsikringsvilkår og priser

Selskapet kan endre forsikringsvilkår og priser hvert år i forbindelse med den årlige fornyelsen. Selskapet har rett til å foreta indeksregulering av avtalens pristariffer. Indeksregulering foretas hvert år ved avtalens hovedforfall, på grunnlag av konsumprisindeksen per 15. oktober året før. Selskapet har også rett til å foreta prisregulering ved avtalens hovedforfall på grunnlag av endring i forholdet mellom skadekostnader og premie eller endringer i underliggende risiko. For andre vesentlige endringer vil forsikringstaker bli informert om eventuelle endringer minst 4 måneder før fornyelsesdato.

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

1.11. Forsikringstakers rett til å si opp og endre forsikringsavtalen

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

Forsikringstakeren kan i forsikringstiden si opp forsikringsavtalen dersom forsikringsbehovet faller bort eller det foreligger andre særlige grunner, eller for flytting av forsikringen til et annet selskap. Ved endringer eller oppsigelse plikter forsikringstaker å informere Selskapet i rimelig tid før endringen skal tre i kraft.

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

1.12. Behandling av personopplysninger

ERGO Forsikring beskytter ditt personvern. Vennligst besøk vår nettside www.ergo.no for mer informasjon om hvordan vi behandler personopplysninger.

1.12.1. Deling av opplysninger med forsikringsformidlingsforetak

For forsikringer som er distribuert gjennom formidlingsforetak, kan ERGO gi foretaket tilgang til opplysninger om hvilke kunder som har gyldig forsikringsavtale gjennom dem.

Formålet med dette er å sikre en god kundeopplevelse for forsikringstaker ved at kundene for eksempel kan se og administrere sine forsikringsavtaler hos et forsikringsformidlingsforetak.

Opplysningene kan omfatte prisinformasjon, betalingsinformasjon, identifikasjonsopplysninger, samt informasjon som handler om forsikringens gyldighet, dekning og status.

ERGO og forsikringsformidlingsforetaket er uavhengige behandlingsansvarlige for sine respektive behandlinger av personopplysninger. Forsikringsformidlingsforetaket kan kun bruke opplysningene til formål som følger av forsikringsavtalen og agentavtalen, herunder rådgivning, administrasjon, kundeservice og oppfølging av forsikringen.

For kollektive forsikringsavtaler kan opplysninger om hvilke ansatte som er innmeldt i helseforsikringen gjøres tilgjengelig for forsikringstaker (arbeidsgiver).

2. Hvem som kan binde Selskapet

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

3. Ikrafttredelse

3.1. Når Selskapets ansvar begynner å løpe for individuelle forsikringsavtaler.

Individuelle forsikringsavtaler omfatter enkeltpersoner og er inngått på individuelt grunnlag. Forsikringen gjelder fra og med den første i måneden etter at forsikringen er utstedet, dog ikke før første premie er betalt, under forutsetning av at forsikrede avgir helseerklæring som godkjennes av Selskapet (Ikrafttredelsestidspunktet). Er forsikringen kjøpt med karens inntretr Selskapets ansvar først 90 dager etter at forsikringen begynte å gjelde. Forsikringen gjelder da ikke for sykdom som har vist symptomer i de 90 dagene.

3.2. Når Selskapets ansvar begynner å løpe for kollektive forsikringsavtaler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. Konsekvenser av å gi uriktige opplysninger

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

5. Unntak og begrensninger

Selskapet dekker ikke utgifter til:

1. Behandling av sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer etter at forsikringssøknaden er underskrevet, men før ikrafttredelse, omfattes ikke av forsikringen (Kun for individuell forsikringsavtale).
2. Behandling hos allmennlege og hos spesialist i allmennmedisin.
3. Behandling ved sykdom/skade som krever øyeblikkelig hjelp.
4. Behandling som ikke er medisinsk nødvendig, behandling som utøves av ikke autorisert helsepersonell og/eller som ikke er basert på vitenskaplig kontrollerte kliniske studier samt komplikasjoner og andre følger av slik behandling.
5. Utgifter i forbindelse med kosmetisk behandling/operasjon og komplikasjoner samt følger av slik behandling.
6. Behandling av overvekt, herunder dietter, vektregulering og fedmeoperasjon samt følger av slik behandling.

7. Skade som er inntruffet gjennom kjernefysisk eksplosjon eller radioaktiv stråling.
8. Kontroll og fjerning av føflekker der det ikke er mistanke om malignitet.
9. Avtalt konsultasjon, behandling, operasjon og reisekostnader når forsikrede ikke møter, alternativt avbestiller senere enn 24 timer før avtalt konsultasjon eller behandling.
10. Dialysebehandling.
11. Behandling eller operasjon ved sterilisering, abort, prevensjon, graviditet, fødsel og familieplanlegging/barnløshet samt følger av slik behandling.
12. Behandling av sykdommer som omfattes av smittevernloven.
13. Utredning, behandling og operasjon av søvnproblemer/ sykdommer som snoring, Søvnapné, samt tilknyttet medisinsk utstyr.
14. Konsultasjon, behandling, kontroll eller operasjon av tenner, tannsykdom og tannskader hos tannlege, spesialutdannet tannlege, tannpleier og tannteknikker.
15. Behandling av rusmiddel-, spille- og medikamentavhengighet samt sykdom, skader eller ulykkestilfeller som er forårsaket av alkohol, andre rusmidler, medisin eller narkotiske preparater.
16. Behandling eller operasjoner som er en følge av skade/ lidelse/sykdom som den forsikrede grovt uaktsomt eller med forsett har påført seg selv eller forverret, jfr. Bestemmelsen i FAL § 13-8 og 13-9.
17. Behandling hos psykiater og/eller i psykiatrisk institusjon eller institusjon for behandling av adferdsforstyrrelser.
18. Behandling av psykoser eller andre alvorlige psykiske sykdommer.
19. Kjøp og/eller leie av utstyr, samt kjøp av medisiner, permanente hjelpemidler og innretninger.
20. Synstest, briller, kontaktlinser samt operasjon for korreksjon av nær- og langsynthet og brytningsfeil.
21. Tilpasninger til høreapparat samt kjøp av avtakbart høreapparat.
22. Vaksinasjon og forebyggende helseundersøkelse om ikke annet er avtalt.
23. Pleie- og omsorg, samt rehabiliteringsopphold uten aktiv rehabilitering, bl.a. opphold på kuranstalt, bad og andre tilsvarende institusjoner.
24. Behandling og utredning av demenssykdom.
25. Selskapet erstatter ikke utgifter som er dekket på annet vis gjennom lov, forskrifter, konvensjoner, annen forsikring eller kollektivavtaler.
26. Kjønnskorrigerende behandling eller operasjon samt følger av slik behandling.

6. Behandlingsstedets ansvar for behandlingen

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

7. Premie for røykere

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

8. Premiebetalingen

Premien bestemmes for ett forsikrings år av gangen og beregnes blant annet på bakgrunn av gruppens sammensetning, hva forsikringen dekker, skadeutviklingen i gruppen og Selskapets gjeldende premietariffer. Premier blir beregnet fra den første i måneden etter at forsikringen er utstedt.

8.1. Varsling om premieinnbetaling og konsekvenser av manglende innbetaling

Forsikringstaker, eller den som er gitt fullmakt, blir sendt et premievarsel. Om premien skal betales månedvis med Avtalegiro skjer varsling av samtlige betalinger under forsikringstiden en gang per år. Betalingsfristen for premie som ikke er den første premien er minst en måned. Vilkår Helse 7 Dersom premievarsløst ikke blir betalt innen betalingsfristen, vil Selskapet sende annen gangs varsel, med betalingsfrist på minst 14 dager. Dersom innbetaling ikke skjer innen den der angitte frist, vil Selskapets ansvar opphøre i samsvar med reglene FAL kapittel 14 og 19. Dersom en premie blir betalt etter opphørstidspunktet, anses betalingen som anmodning om ny forsikring.

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

9.1. Konsekvenser av å gi uriktige opplysninger

Enhver som mener å ha et krav mot Selskapet, skal uten ugrunnet opphold melde fra om det og skal gi Selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelig for ham eller henne, og som Selskapet trenger for å kunne ta stilling til kravet og utbetale erstatningen. Forsikringsutbetalingen vil kunne avhenge av at kravstilleren gir Selskapet de nødvendige fullmakter til å innhente opplysninger for å kunne ta standpunkt til erstatningskravet. Selskapet kan kreve undersøkelse foretatt av en bestemt lege. Begge parter har rett til å innhente spesialisterklæringer.

9.2. Konsekvenser av å gi uriktige opplysninger

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

10. Frister

10.1. Frist for å gi melding om forsikringstilfellet

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

10.2. Frist for å foreta rettslige skritt

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

10.3 Foreldelse

Er ikke krav på erstatning allerede bortfalt etter punkt 10.1 og punkt 10.2, foreldes kravet etter 3 år i samsvar med bestemmelsen i FAL § 18-6. Krav som er meddelt til Selskapet før foreldelsesfristen er utløpt, foreldes vanligvis tidligst 6 måneder etter at den berettigede har fått særskilt skriftlig melding om at foreldelse vil bli påberopt, jfr. bestemmelsen i FAL § 18-6, 3.ledd.

10.4 Renteplikt ved oppgjør

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

10.5 Behandlingsgaranti- tilbud om behandling innen maksimalt 10 virkedager

Forsikringen sikrer adgang til behandling innen 10 virkedager fra Selskapet har mottatt fullstendig og nødvendig medisinsk dokumentasjon for behandling dekket av forsikringen og godkjent av Selskapet. Dersom et behandlingsforløp består av flere planlagte behandlinger gjelder behandlingsgarantien første behandling.

Behandlingsgarantien gjelder ikke i følgende tilfeller:

- Om forsikrede ikke kan behandles, eller behandling må utsettes av medisinske årsaker
- Forhold utenfor selskapets eller behandlingstedets kontroll
- Ved ferieavvikling ved behandlingssstedet
- Ved særskilte behandlingsformer som ikke kan tilbys i Selskapets medisinske nettverk

Fra skaden er meldt og til den forsikrede mottar tilbud om behandling er den forsikrede forpliktet til å holde Selskapet orientert om hvordan han/hun kan kontaktes på beste måte.

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

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

11. Erstatningsregler

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

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

Utgiftene til forhåndsgodkjent Sykehusinnleggelse med og uten operasjon og rehabilitering betaler Selskapet direkte til sykehuset/rehabiliteringsinstitusjonen. Reise og oppholdsutgifter refunderes mot fremlagte originalkvitteringer med bilag. Erstatning ved ikke-oppfyllelse av behandlingsgarantien betales til den forsikrede.

12. Regress

Kan forsikrede forlange at tredjemann erstatter skaden, inntreffer Selskapet i forsikringstakers rett mot tredjemann ved utbetaling av erstatning, jfr. erstatningslovens § 3-7 nr. 3. Skadelidte og forsikringstakeren har plikt til å gi Selskapet alle opplysninger som er tilgjengelige for dem og som er av betydning for gjennomføringen av Selskapets regress. Hvis forsikringstakeren ikke overholder sine plikter i henhold til den avtalen som er inngått mellom forsikringstakeren og Selskapet, og Selskapet likevel blir erstatningsansvarlig, kan Selskapet søke regress hos forsikringstakeren.

13. Behandling av tvister

Hvis tvist oppstår mellom forsikringstaker/forsikrede og Selskapet, kan den bringes inn for Forsikringsskade-nemnda eller Avkortningsnemnda i samsvar med FAL § 20-1. Rettstvister skal løses etter norsk lov.

14. Opphør av forsikringen

14.1. For individuelle forsikringsavtaler opphører forsikringen:

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

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

14.2. Opphør av forsikringen

Forsikringen opphører i følgende tilfeller:

- Når den forsikrede/ansatte slutter å være en del av gruppen eller bedriften. Opphøret regnes fra fratredelsesdatoen.
- Når den forsikrede/ansatte går av med pensjon.
- Når den forsikrede fyller 72 år, dersom ikke annet er avtalt og fremgår av forsikringsbeviset
- Når den forsikrede ikke lenger er fast bosatt i Norden.
- Når den forsikrede/ansatte ikke lenger er medlem av en trygdeordning i Norden.
- Fra det tidspunkt forsikringsavtalen sies opp av forsikringstaker eller forsikringsselskapet.

14.3. Forsikredes rett til fortsettelsesforsikring

Forsikredes rett til fortsettelsesforsikring fremkommer av forsikringsbeviset. Fortsettelsesforsikring er medlemmets rett til, ved opphør av den kollektive forsikringsavtalen, å fortsette forsikringsforholdet med individuell premieberegning uten å gi nye helseopplysninger. Fortsettelsesforsikring skal aksepteres innen 6 måneder fra den dato den gamle forsikringen opphørte. Forsikringen skal tegnes og betales fra opphørsdato for opprinnelig forsikring uten avbrudd i forsikringstiden. Ved fortsettelsesforsikring tilbys tilsvarende forsikring med individuelle vilkår og premie.

14.4. Forsikredes rett til behandling ved opphør av kollektive forsikringsavtaler

Retten til behandling stopper for allerede igangsatt behandling 3 måneder etter at forsikringen har opphørt.

Retten til behandling gjelder imidlertid ikke i følgende tilfeller:

- Den forsikrede har vært omfattet av forsikringen i mindre enn 6 måneder før opphøret.
- Den forsikrede har fått eller kunne ha fått sammenlignbar forsikring annet sted.
- Den forsikrede har gått av med pensjon, selv har sluttet i bedriften, eller selv sagt opp forsikringen.

15. Special provisions

15.1. Krig og uroligheter

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

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

15.2. Force majeure

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

Sykehusinnleggelse med operasjon

- Spesielle vilkår nr. 03.01.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Sykehusinnleggelse med operasjon.

2. Hva forsikringen omfatter

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

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

2.1. Behandling ved privat sykehus

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

Hva som er dekket i forsikringen Sykehusinnleggelse med operasjon:

Utgifter til operasjon av fysisk sykdom på privat sykehus/klinikk som ikke krever overnatting (dagkirurgi), som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet

Nødvendige undersøkelser, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med operasjon på sykehuset

Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under operasjonen på sykehuset

Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og en nødvendig del av operasjonen/sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet

Dagkirurgi.

Operasjon uten sykehusinnleggelse

– Spesielle vilkår nr. 03.02.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Dagkirurgi.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Dagkirurgi er en sykeforsikring som etter nærmere regler omfatter:

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

2.1. Dagkirurgi

Forsikringen dekker utgiftene til medisinsk nødvendig operasjon av fysiske (somatiske) sykdommer som ikke krever overnatting på sykehus. Det må foreligge henvisning fra lege og operasjonen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Hva som er dekket i forsikringen Dagkirurgi:

Utgifter til operasjon i privat sykehus eller hos godkjent legespesialist som ikke krever overnatting, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet

Nødvendig undersøkelse, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med operasjonen

Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under operasjonen

Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen, som for eksempel proteser og implantater

Sykehusinnleggelse uten operasjon

- Spesielle vilkår nr. 03.03.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Sykehusinnleggelse uten operasjon.

2. Hva forsikringen omfatter

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

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

2.1. Dagkirurgi

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

Hva som er dekket i forsikringen Sykehusinnleggelse uten operasjon:

Utgifter til medisinsk behandling, diagnostisering og/eller operasjon av fysisk sykdom ved privat sykehus og krever overnatting på sykehus, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet

Nødvendige undersøkelser, tester og prøver i direkte og umiddelbar sammenheng med operasjon på sykehuset

Nødvendige medisiner og utstyr forbrukt under operasjonen på sykehuset

Nødvendige medisinske hjelpemidler som er en integrert del av kroppen, som for eksempel proteser og implantater

Rehabilitering i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og en nødvendig del av operasjonen/sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet

Legespesialistbehandling

- Spesielle vilkår nr. 03.04.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Legespesialistbehandling.

2. Hva forsikringen omfatter

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

Hva som er dekket i forsikringen Legespesialistbehandling:

Utgifter til behandling hos legespesialist etter henvisning fra lege og som er forhåndsgodkjent av Selskapet

Nødvendige undersøkelser, testet og prøver foretatt hos legespesialisten i direkte og umiddelbar sammenheng med den behandling der er henvist for

Nødvendige medisiner og utstyr brukt under behandlingen hos legespesialisten

Kreftbehandling

- Spesielle vilkår nr. 03.05.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Kreftbehandling.

2. Hva forsikringen omfatter

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

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

2.1. Behandling av kreft

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

Hva som er dekket i forsikringen Kreftbehandling:

Utgifter til diagnostisering og primærbehandling av kreftsykdommer på sykehus, herunder operasjoner, strålebehandling og cellegift, som er henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet

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 i en rehabiliteringsinstitusjon i Norden. Rehabiliteringen må være en nødvendig og direkte følge av, og en nødvendig del av operasjonen/sykehusinnleggelsen. Rehabiliteringen må være henvist av lege og forhåndsgodkjent av Selskapet

Fysikalsk behandling.

Fysioterapi-, kiropraktor-, manuellterapeut- og naprapatbehandling

- Spesielle vilkår nr. 03.06.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Fysikalsk behandling.

2. Hva forsikringen omfatter

Fysikalsk behandling er en sykeforsikring som dekker medisinsk nødvendig behandling av forsikrede hos offentlig godkjent fysioterapeut, kiropraktor, manuellterapeut og hos naprapat. Behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Antall behandlinger fremgår av ditt forsikringsbevis. Hvis det er avtalt egenandel for fysikalsk behandling så vil denne og størrelsen på denne fremkomme av ditt forsikringsbevis.

Hva som er dekket i forsikringen Fysikalsk behandling:

Fysikalsk behandling. Det vil si utgifter til behandling av offentlig godkjent fysioterapeut, manuellterapeut, kiropraktor eller behandling hos naprapat. Antall behandlinger fremgår av ditt forsikringsbevis. Behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet.

Psykologibehandling

- Spesielle vilkår nr. 03.13.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Psykologibehandling.

2. Hva forsikringen omfatter

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

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

Hva som er dekket i forsikringen Psykologibehandling:

Utgifter til behandling av lettere psykiske lidelser, etter henvisning fra lege når dette er forhåndsgodkjent av Selskapet, maksimalt 12 konsultasjoner per forsikringstilfelle

Psykologibehandling Topp

- Spesielle vilkår nr. 03.15.01

1. Hvilke vilkår som gjelder

De generelle vilkår i ERGO Forsikring A/S NUF gjelder sammen med disse spesielle vilkår for forsikringen Psykologibehandling Topp.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen Psykologibehandling Topp er en sykeforsikring som dekker dokumenterte utgifter til psykososial rådgivning og psykologisk nødvendig behandling av forsikrede hos et tverrfaglig team bestående av sosionomer, sykepleiere, offentlig godkjent psykolog og psykologspesialister for lettere psykiske lidelser.

Forsikringen Psykologibehandling Topp omfatter:

- Trivselsproblemer, maksimalt 5 rådgivninger (telefon eller online) og 12 konsultasjoner per forsikringstilfelle
- Pårørende og trivselsproblemer, maksimalt 5 telefonrådgivninger per forsikringstilfelle
- Juridisk konsultasjon, maksimalt 1 rådgivning per forsikringstilfelle (telefon eller online)
- Økonomisk konsultasjon, maksimalt 1 rådgivning per forsikringstilfelle (telefon eller online)

Forsikringen Psykologibehandling Topp kan benyttes døgnet rundt ved rådgivning og konsultasjon i forbindelse med aktuelle psykososiale problemer. Behandling starter alltid via Selskapets onlineservice eller telefon. Faglig vurdering og veiledning foretatt via telefon eller onlineservice ligger til grunn for oppstart av behandling.

Behandlingen krever ikke forhåndsgodkjennelse fra Selskapet eller henvisning.

Hva som er dekket i forsikringen Psykologibehandling Topp:

Utgifter til behandling av lettere psykiske lidelser. Behandling starter alltid via Selskapets onlineservice eller telefon.

- Trivselsproblemer, maksimalt 5 rådgivninger og 12 konsultasjoner per forsikringstilfelle
 - Pårørende og trivselsproblemer, maksimalt 5 rådgivninger per forsikringstilfelle
 - Juridisk konsultasjon, maksimalt 1 rådgivning per forsikringstilfelle
 - Økonomisk konsultasjon, maksimalt 1 rådgivning per forsikringstilfelle
-

Hvordan gå frem ved klager

Klager til selskapet

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

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

ERGO Forsikring A/S NUF
Trelastgata 3,
0191 Oslo
www.ergo.no, 935 478 146
Foretaksregisteret

Tel: +47 67 52 99 99
Email: infohelse@ergo.no

NB!

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

Videre klageinstans:

Hvis du er misfornøyd med klagebehandlingen til ERGO Forsikring, kan saken bringes inn for: Finansklagenemnda.

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

Henvendelse må i så fall rettes til:
Finansklagenemnda
Postboks 53, Skøyen
0212 Oslo

Telefon: +47 22 40 52 00
E-post: post@finansklagenemnda.no

Besøksadresse:
Drammensveien 145, 3. etg
0277 Oslo

Definisjoner og ordforklaringer

Definisjonene under fastlegger betydningen av disse ordene i forsikringsavtalen.

Allmennlege

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

Arbeidsfør/arbeidsdyktig

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

Behandling

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

Behandlingssted

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

Dagkirurgi

Operasjon som ikke krever overnatting.

FAL - Forsikringsavtaleloven

Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69. Denne loven regulerer de viktigste rettigheter og plikter i forholdet mellom kunden og forsikringsselskapet.

Forsikringstaker

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

Forsikringstiden

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

Forsikringstilfelle

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

Forsikrede

Forsikrede er den person hvis helse forsikringen gjelder for.

Fysikalsk behandling

Behandling etter aksepterte behandlingsmetoder utført av offentlig godkjent fysioterapeut, kiropraktor, manuellterapeut eller av naprapat.

Henvisning

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

Individuell forsikringsavtale

Forsikring som omfatter enkeltpersoner inngått på individuelt grunnlag.

Kollektiv forsikringsavtale

Forsikring som omfatter personer i en nærmere angitt gruppe.

Kosmetisk behandling

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

Kreft

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

Laserbehandling

Behandling med medisinsk laserinstrument som erstatter kirurgisk inngrep.

Lege

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

Legespesialist

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

Lettere psykiske lidelser

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

Medlemmer

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

Norden

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

Pasient

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

Privatpasient

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

Plage

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

Poliklinisk behandling

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

Prøver

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

Psykisk sykdom

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

Psykose og annen alvorlig psykisk sykdom

(jf unntak i pkt 18 pkt 5)

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

Påbegynt behandling

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

Rehabilitering

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

Sykehus

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

Privat sykehus

Et sykehus som behandler privatpasienter.

Selskapet/forsikringsgiver

ERGO Forsikring A/S NUF
www.ergo.no

Symptom

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

Sykdom

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

Ulykkesskade/skade

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

Sykehusinnleggelse

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

Operasjon

Kirurgisk inngrep som innebærer gjennomskjæring av hud eller slimhinne for å behandle (iverksette terapeutiske tiltak) eller fjerne sykt organ eller legeme. Gjelder ikke undersøkelser. For at operasjonen skal være dekket av forsikringen må den være alminnelig akseptert i det medisinske fagmiljø i Norden. Operasjonen må være forsvarlig og risiko, samt kostnader må stå i forhold til nytteeffekten. Operasjon skal være utført på sykehus, klinikk eller annen institusjon der slike inngrep naturlig foretas, og av lege som er autorisert til å utføre behandlingen. Operasjon kan også omfatte laserbehandling.

Øyeblikkelig hjelp

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

