

Forsikringsvilkår gjeldende fra 1. januar 2025

Side 1 av 6

Innholdsfortegnelse

1	Hvem forsikringen gjelder for	side 2			
1.1	Krav til arbeidsdyktighet ved etablering	side 2	4.10	Helselos	side 3
1.2	Særlige krav for medforsikrede	side 2	4.11	Behandlingsgaranti	side 3
2	Når forsikringen gjelder	side 2	4.12	Behandling for rus- og spilleavhengighet	side 4
3	Hvor forsikringen gjelder	side 2	5	Egenandel	side 4
4	Hva forsikringen dekker	side 2	6	Hva forsikringen ikke dekker	side 4
4.1	Operasjon, sykehusbehandling og rehabilitering	side 2	7	Krav til bruk av forsikringen	side 4
4.2	Kreftbehandling	side 2	7.1	Betaling for behandling	side 5
4.3	Konsultasjon hos privat legespesialist	side 3	8	Andre bestemmelser	side 5
4.4	Fysikalsk behandling	side 3	8.1	Forholdet til de generelle vilkårene	side 5
4.5	Behandling hos psykolog	side 3	8.2	Uttredelse/Opphør	side 5
4.6	Reise og opphold	side 3	8.3	Rett til fortsettelsesforsikring	side 5
4.7	Kriseassistanse/Psykologisk førstehjelp	side 3	8.4	Behandlingsstedets ansvar	side 5
4.8	Helsehjelp på telefon	side 3	9	Definisjoner	side 5
4.9	Videolege	side 3	10	Hvordan gå fram med en klage	side 6



1 Hvem forsikringen gjelder for

Forsikringen omfatter alle arbeidstakere som er fast ansatt hos forsikringstaker, med fast bostedsadresse i Norden, og som har medlemskap i norsk folketrygd, eller tilsvarende offentlig trygdeordning i Norden på det tidspunkt forsikringstilfellet inntreffer.

Forsikringen gjelder for alle arbeidstakere som er yngre enn avtalt opphørsalder. Det framgår av forsikringsbeviset hvilken opphørsalder som gjelder.

Dersom det er avtalt og angitt i forsikringsbeviset kan forsikringen gjelde for andre spesifiserte grupper eller personer.

Forsikringsvilkåret gjelder også for medforsikrede og fortsettelsesforsikring.

1.1 Krav til arbeidsdyktighet ved etablering

Forsikringen gjelder arbeidstakere som var helt eller delvis arbeidsdyktige ved inntreden i forsikringsordningen.

Arbeidstakere som er 100% arbeidsudyktige på etableringstidspunktet, er ikke dekket av forsikringen. For arbeidstakere som blir helt eller delvis arbeidsdyktig på et senere tidspunkt, gjelder forsikringen fra det tidspunktet vedkommende blir arbeidsdyktig.

Arbeidsdyktighetserklæring (arbeidsgivers erklæring om at arbeidstakeren er arbeidsdyktig) kreves uavhengig av hvor mange arbeidstakere forsikringsordningen omfatter.

1.2 Særlige krav for medforsikrede

For medforsikret stiller forsikringen krav til godkjent helsebedømmelse.

Dersom Selskapet ikke finner helseerklæringen (egenerklæring om helse) tilfredsstillende, kan forsikrings søknaden bli avslått.

Etablering av medforsikring forutsetter at medforsikrede familiemedlemmer har norsk fødselsnummer eller D-nummer.

2 Når forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder i avtaleperioden som er angitt i forsikringsbeviset.

Forsikringstilbudet må være akseptert eller premien må være betalt før helseforsikringen trer i kraft.

3 Hvor forsikringen gjelder

Forsikringsdekningen gjelder utredning og behandling i Selskapets behandlernetzverk i Norge.

Finner ikke Selskapet ledig behandlingskapasitet i Selskapets behandlernetzverk i Norge, kan det henvises til spesialisthelsetjeneste i Norden.

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

4 Hva forsikringen dekker

All konsultasjon, undersøkelse og behandling som skal dekkes av forsikringen, må være forhåndsgodkjent av Selskapet og foregå i Selskapets behandlernetzverk.

Henvisningen må være utstedt i forsikringstiden og være basert på henvissende leges faglige vurdering av at det foreligger medisinsk indikasjon på behovet for undersøkelse eller behandling. Bruk av forsikringen stiller samme krav til innhold, kvalitet og medisinsk vurdering i henvisninger som det offentlige stiller for tilsvarende medisinsk tilfelle. Henvisninger som ikke tilfredsstiller kravene, vil bli avslått.

Forsikringstilfellet inntreffer når henvissningen utstedes. Utgifter i forbindelse med henvissningen dekkes ikke.

Forsikringen dekker behandlingsmetoder som er alminnelig akseptert i det medisinske fagmiljøet i Norge og er gjeldende praksis i norsk offentlig helsevesen. Behandlingsmetodene må tilbys av private aktører som Selskapet har inngått avtale med. Behandlingen skal anses som medisinsk nødvendig, rasjonell og riktig for den aktuelle sykdom eller skade. Behandling må kunne helbrede sykdommen eller skaden, eller kunne gi varig bedring.

Det framgår av forsikringsbeviset hvilke dekninger som er avtalt og gjelder for den enkelte forsikrede.

4.1 Operasjon, sykehusbehandling og rehabilitering

Forsikringen dekker:

- Operasjon og sykehusbehandling i Selskapets behandlernetzverk, inklusive operasjonsforberedende undersøkelser og nødvendige etterkontroller. Krever henvissning fra legespesialist
- Nødvendig medisiner og utstyr forbrukt under operasjon, sykehusbehandling og rehabiliteringsopphold på sykehuset eller klinikken
- Rehabilitering:
 - i inntil 14 døgn i en rehabiliteringsinstitusjon
 - fysisk behandling i inntil 2 måneder fra anbefalt oppstart, begrenset til inntil 12 behandlinger

Rehabiliteringen krever henvissning fra behandlede legespesialist og må være en nødvendig og direkte følge av operasjon dekket av forsikringen.

Forsikrede har fri tilgang til rådgivning fra vårt rådgivningssenter før og etter operasjon, og før, under og etter behandling.

4.2 Kreftbehandling

Forsikringen gir rett til behandling av kreftsykdom i Selskapets behandlernetzverk.

I tillegg til utgifter som er beskrevet i punkt 4.1, dekkes utgifter til følgende kreftbehandling:

- Helbredende kreftbehandling inkludert utgifter til diagnostisering og primærbehandling av kreftsykdommer på godkjent helseinstitusjon, inkludert operasjon, cellegift og strålebehandling, som er forhåndsgodkjent av Selskapet.

I tillegg dekkes kreftbehandling i form av immunterapi når immunterapi er godkjent av European Medicines Agency (EMA) som behandling for den aktuelle kreftdiagnosen, men ikke er dekket av det offentlige. Behandlingen skal ha til hensikt å helbrede.

Ved henvissning til kreftbehandling er det et krav at henvissende lege må være offentlig godkjent kreftspesialist i Norge og at henvissningen er basert på undersøkelse av pasienten.

Henvissningen skal inneholde opplysninger om:

- diagnose
- testresultater (MR/CT og liknende)
- utredende/behandlende legespesialist/sykehus
- begrunnelse for henvissning
- anbefalt utredning/behandlingsforløp
- opplysninger om behandlingen er godkjent i offentlig helsevesen (Beslutningsforum) og/eller EMA for den aktuelle diagnose

Forsikringen dekker ikke kreftbehandling utenfor Norden.

4.3 Konsultasjon hos privat legespesialist

Forsikringen dekker:

- utredning og behandling
- ny medisinsk vurdering av annen legespesialist (second opinion). Dette gjelder kun ved livstruende sykdom/skade eller særlig risikofylt behandling for den forsikrede. Ny medisinsk vurdering (second opinion) dekkes én gang per diagnose og krever henvisning fra behandlede legespesialist

4.4 Fysikalsk behandling

Når det framgår av forsikringsbeviset, dekker forsikringen nødvendig behandling av sykdom eller skade/plage hos offentlig godkjent:

- fysioterapeut
- manuellterapeut
- kiropraktor
- naprapat
- osteopat

All behandling skal være forhåndsgodkjent av Selskapet og foregå i Selskapets behandlernetverk.

Behandlingen skal være individuell og målrettet med sikte på varig bedring av funksjonsevnen og/eller sykdom/plage.

Antall behandlinger som dekkes, er angitt i forsikringsbeviset og gjelder for en 12 måneders periode regnet fra den dato saken er meldt til Selskapet.

Forebyggende behandling og vedlikeholdsbehandling dekkes ikke.

4.5 Behandling hos psykolog

Når det framgår av forsikringsbeviset, dekker forsikringen behandling hos psykolog. Behandlingen gis enten som videokonsultasjon eller fysisk konsultasjon. Forsikrede har ikke krav på fysisk konsultasjon. En behandlingstime har varighet på 45 minutter.

All behandling skal være forhåndsgodkjent av Selskapet og foregå i Selskapets behandlernetverk.

Antall behandlinger som dekkes er angitt i forsikringsbeviset og gjelder for en 12 måneders periode regnet fra den dato saken er meldt til Selskapet.

4.6 Reise og opphold

Forsikringen dekker rimelige og nødvendige utgifter som er forhåndsgodkjent. Utgifter dekkes mellom hjem og nærmeste tilbudte behandlingssted for forsikrede i forbindelse med følgende medisinske behandlinger som er dekket av forsikringen:

- konsultasjon hos privat legespesialist
- dagkirurgi
- operasjon og behandling ved private sykehus
- ny medisinsk vurdering av annen legespesialist
- rehabilitering etter operasjon
- bildediagnostikk

Reiseutgifter dekkes når reiseavstanden mellom hjem og behandlingssted er over 100 km en vei. Antall km gjelder korteste reisevei fra bostedsadresse til behandlersted.

Forsikringen dekker utgifter etter Statens satser for pasientreiser begrenset til fast sats per km uavhengig av transportmiddel, overnattings- og kostgodtgjørelse.

Dokumentasjon for utgifter knyttet til reise og opphold er ikke nødvendig.

Dersom det er medisinsk nødvendig å ha med ledsager eller forsikrede er under 18 år, dekkes utgifter etter samme regler som for den forsikrede. Dette må avtales med Selskapet i forkant.

Forsikrede er selv ansvarlig for å koordinere og bestille reise og opphold.

4.7 Kriseassistanse / Psykologisk førstehjelp

Forsikringen dekker psykologisk førstehjelp ved psykiske reaksjoner som skyldes en plutselig og uforutsett alvorlig/livstruende hendelse. Dekningen gjelder også når forsikrede er til stede ved en slik hendelse, uten selv å være fysisk skadet.

Forsikringen gjelder for alle medlemmer av den forsikredes faste husstand. Ved behov for Kriseassistanse ring 240 62 123.

Antall behandlinger som dekkes per forsikrede og hendelse, er angitt i forsikringsbeviset. (Dekkes kun av én forsikringsavtale, uavhengig om forsikrede er dekket av flere avtaler).

4.8 Helsehjelp på telefon

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

4.9 Videolege

Forsikringen dekker videolege for konsultasjon vedrørende enkle medisinske problemstillinger. Tjenesten kan benyttes av forsikrede og forsikredes barn under 18 år.

4.10 Helselos

Når det framgår av forsikringsbeviset, dekker forsikringen individuell oppfølging fra Helselos på telefon når forsikrede er sykmeldt eller står i fare for å bli det.

Oppfølgingen inkluderer veiledning, råd og støtte fra sosionom og et tverrfaglig team ved behov.

Tjenesten Helselos gjelder ikke for medforsikrede eller fortsettelsesforsikring

4.11 Behandlingsgaranti

Behandlingsgarantien gjelder den maksimale tiden (garantitiden) forsikrede skal vente på første undersøkelse eller behandling. Garantitiden er 10 virkedager og løper fra første virkedag etter at Selskapet har mottatt nødvendig dokumentasjon. Offentlige høytidsdager (samt julaften og nyttårsaften) regnes ikke med i garantitiden.

Dersom garantitiden ikke overholdes utbetales en kompensasjon på kr 600 per dag fra utløpet av garantitiden fram til behandling igangsettes, dog ikke lengre enn i 30 dager.

Behandlingsgarantien gjelder ikke i følgende tilfeller:

- forsikrede ikke aksepterer første behandlingstilbud fra Selskapet
- forsikrede ønsker behandling på et tidspunkt etter utløpet av behandlingsgarantien
- behandlingen må utsettes på grunn av medisinske årsaker
- ved ferieavvikling på behandlingsstedet
- når det ikke er mulig å komme i kontakt med forsikrede eller forsikrede ikke svarer på henvendelser
- uforutsette forhold utenfor selskapets/behandlers kontroll gjør det umulig å overholde garantitiden (force majeure)
- behandling utføres utenfor Norge
- ved behandling av rus- og spilleavhengighet som nevnt i punkt 4.12

4.12 Behandling for rus- og spilleavhengighet

Dersom det er avtalt og framkommer av forsikringsbeviset, dekker forsikringen behandling av rus- og spillavhengighet på godkjent behandlingsinstitusjon inntil kr 150 000 pr person. Forsikringen har til hensikt å avvenne forsikrede fra følgende ukontrollerbare avhengighet: Alkohol, narkotika, reseptbelagte legemidler og spill.

Utredning og behandling av sykdom (fysisk og psykisk) eller skade som følge av rus- og spillavhengighet, dekkes ikke.

Erstatning for behandling av rus - og spillavhengighet ytes kun én gang, i løpet av en 5-års periode.

5 Egenandel

Det framgår av forsikringsbeviset hvorvidt det er egenandel ved bruk av forsikringen.

6 Hva forsikringen ikke dekker

Forsikringen dekker ikke:

- øyeblikkelig hjelp/akutt behandling
- forebyggende behandling eller vedlikeholdsbehandling
- utredning eller behandling i tilfeller hvor forsikrede har mottatt tilbud fra offentlig helsevesen innenfor Selskapets behandlingsgaranti
- utredning eller behandling ved offentlige sykehus/klinikker, herunder egenandeler
- utredning eller behandling som er utført før sak er meldt til og forhåndsgodkjent av Selskapet
- utredning eller behandling hos spesialist i allmenn medisin (for eksempel fastlege) eller spesialist i arbeidsmedisin
- utredning eller behandling av kroniske lidelser
- utredning eller behandling av langvarige eller tilbakevendende smerter
- utredning eller behandling av alvorlige psykiske lidelser
- psykomotorisk fysioterapi
- vaksinasjoner inklusive allergivaksinasjon, helsesertifikater/helseattester eller undersøkelser, i den hensikt å avklare risiko for sykdom
- utredning eller behandling av sykdommer som omfattes av smittevernloven
- leie, kjøp og tilpasninger av hjelpemidler og medisinsk utstyr
- tannbehandling, inklusive behandling av sykdommer i tannkjøttet og kjevekirurgi
- briller og linser, synstest, samt operative inngrep inklusive laserkirurgi med formål å foreta synskorrigerende behandling (korrigere brytningsfeil i øyet)
- organ- og vevstransplantasjoner, herunder stamcellebehandling, og følger av slike, og organdonasjon
- dialysebehandling
- alternative eller eksperimentelle behandlingsformer
- rekreasjon og kuropphold

- plastisk kirurgi eller andre kosmetiske behandlinger
- utredning eller behandling av og/eller komplikasjoner som følge av tidligere utførte kosmetiske behandlinger
- revisjonskirurgi eller annen behandling for å fjerne, erstatte eller vedlikeholde proteser eller andre implantater
- utredning eller behandling ved prevensjon, sterilisering, seksuell dysfunksjon, fertilitetsproblemer, fosterdiagnostikk, abort og oppfølging knyttet til svangerskap
- utredning eller behandling som har til hensikt å oppheve effekten av tidligere utførte steriliseringer
- utredning eller behandling i forbindelse med kjønnskifteoperasjon eller behandling ved ønske om kjønnskifte, samt følger av slik behandling
- utredning eller behandling av kjønnsykdommer og HIV/AIDS
- kontroll eller fjerning av føflekker hvor det ikke er mistanke om ondartet kreft (malignitet)
- utredning, behandling eller medisinsk utstyr til behandling av snorking
- behandling av hørselsvekkelse eller eksostose (godartet benutvekst) i øreganger, herunder utgifter til høreapparat, implantat og tilpasning av utstyr
- utredning eller behandling av overvekt eller tilstander som følge av vektreduksjon
- utredning eller behandling av lipødem
- utredning eller behandling av nesespray-avhengighet eller økt nesetetthet som følge av bruk av nesespray utover anbefalt tid
- utredning eller behandling av ulykesskade eller sykdom som skyldes inntak av alkohol, medikamenter eller narkotiske midler
- plage, lidelse eller skade som følge av tidligere gjennomførte
 - inngrep,
 - behandling,
 - undersøkelse eller
 - avvenning av medisinske preparater

Selskapet dekker ikke utgifter når forsikrede ikke møter til avtalt utredning eller behandling eller avbestiller planlagt behandling etter klinikkens eller behandleres avbestillingsfrist.

7 Krav til bruk av forsikringen

Ved behov for hjelp ved sykdom eller skade som krever behandling, skal sak meldes til Selskapet og forhåndsgodkjennes før utredning eller behandling kan starte. Forsikringen dekker ikke utredning eller behandling som ikke er bestilt av Selskapet i Selskapets behandlernettverk, med mindre annet er avtalt.

Selskapet har avtale med en ekstern samarbeidspartner som tar stilling til retten til å benytte forsikringen samt vurdere og formidle all behandling som skal dekkes av forsikringen. Mer informasjon om og bruk av helseforsikringen, finner du på dnb.no/helse.

Den forsikrede plikter å framskaffe de opplysninger og den dokumentasjon som er nødvendig for videre henvisning. Selskapet har rett til å innhente opplysninger fra leger og sykehus som er nødvendig for behandlingen av den aktuelle sak.

Meldefristen etter lov om forsikringsavtaler (FAL) § 18-5 er 1 år.

Foreldelsesfristen for krav er som hovedregel 3 år, jf FAL § 18-6.

7.1 Betaling for behandling:

Utgifter til utredning og/eller behandling, betales av Selskapet direkte til aktuell behandler i Selskapets behandlernettsverk, med mindre annet er avtalt.

Det framgår av forsikringsbeviset hvorvidt det er egenandel ved bruk av forsikringen. Forsikrede betaler selv egenandeler direkte til behandler/klinikk.

Eventuelle andre forhåndsgodkjente utgifter som er dekket av forsikringen i forbindelse med behandling og som den forsikrede selv har betalt for, refunderes i henhold til vilkår.

8 Andre bestemmelser

8.1 Forholdet til de generelle vilkårene

Disse vilkår må ses i sammenheng med de generelle vilkårene for personalforsikringen, da disse har gyldighet også for helseforsikring. Vilråene for helseforsikring gjelder foran ved eventuell motstrid. [De generelle vilkårene for personalforsikring finner du på dnb.no.](#)

8.2 Uttredelse/Opphør

Forsikringen opphører når arbeidstakeren fyller 70 år, dersom ikke annet er avtalt og angitt i forsikringsbeviset. Forsikringen opphører likevel når ansettelsesforholdet avsluttes.

For forsikrede med ansettelsesforhold utover fylte 70 år, opphører forsikringen likevel senest ved utløpet av forsikringsåret vedkommende fylte 70 år eller annen avtalt opphørsalder.

Ved opphør av forsikringen gjelder egne varslingsregler, se Forsikringsavtaleloven paragraf 19-6.

Ansvarstid:

Opphører forsikringen erstatter Selskapet utgifter til utredning og/eller behandling i inntil 3 måneder for forsikringstilfeller som er meldt og forhåndsgodkjent av Selskapet i forsikringstiden.

Videre opphører også refusjon av utgifter til utredning og behandling dersom forsikrede er dekket av sammenlignbar forsikring fra annet hold.

Forsikringen opphører når den forsikrede ikke lenger er fast bosatt i Norden, eller ikke er medlem i en offentlig trygdeordning i Norden.

Hvis forsikringstakeren eller Selskapet sier opp eller unnlater å fornye forsikringen, eller Selskapets ansvar opphører å løpe på grunn av forsikringstakerens manglende premiebetaling, skal medlemmene varsles ved skriftlig melding eller på annen forsvarlig måte. For det enkelte medlem opphører forsikringen i så fall 1 måned etter at varsel er gitt eller medlemmet på annen måte har blitt kjent med forholdet.

Forsikrede som er sykmeldt i forsikringsperioden må være med i forsikringen til en er friskmeldt eller til en eventuell skadesak er avsluttet, begrenset til den tiden forsikrede er ansatt hos forsikringstakeren.

8.3 Rett til fortsettelsesforsikring

Forsikrede har rett til å videreføre helseforsikringen på individuelt grunnlag uten å avgi ny helseerklæring. Slik forsikring må tegnes senest innen 6 måneder fra opphørsdato. Forsikringen dekker ikke forsikringstilfeller som inntreffer i perioden fra forsikringen opphørte til individuell forsikring er tegnet. Individuell forsikring kan ikke tegnes etter fylte 70 år og opphører når forsikrede fyller 70 år. Opphørsalder følger opprinnelig avtale, likevel aldri høyere enn 75 år.

8.4 Behandlingsstedets ansvar

Behandlingsstedet er ansvarlig for utgifter påløpt som følge av pasientskader i henhold til Pasientskadeloven og eventuelt andre regler. Ved pasientskade som inntreffer under behandling i utlandet gjelder pasientskadeordningen i det aktuelle land.

Selskapet er ikke ansvarlig for slike skader.

9 Definisjoner

Alternative behandlingsformer

Behandling som baserer seg på teorier om helse som ikke er vitenskapelig etterprøvbare.

Alvorlige psykiske lidelser

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

Behandling

Begrepet "behandling" omfatter i denne sammenheng tiltak som tar sikte på å helbrede eller gi varig bedring av en sykdom, lidelse, plage eller skade.

Behandling av eksperimentell karakter/ eksperimentell behandling:

- Udokumentert behandling som ikke er basert på og dokumentert gjennom kontrollerte vitenskapelige studier, og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig klarlagt
- Behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men der kravene til fullverdig dokumentasjon i forhold til etablert behandling ennå ikke er tilfredsstillende oppfylt

Diagnostisering

- Undersøkelse hos legespesialist
- Billediagnostikk (eksempelvis røntgen, MR, CT, ultralyd) og annen nødvendig prøvetaking for å stille diagnose

Forsikringstilfellet

- For behandling som krever henvisning, oppstår forsikringstilfellet på det tidspunkt det utstedes henvisning fra en lege, eller fra annen henviser med henvisningsfullmakt. Det er en forutsetning at behandlingen det henvises til er omfattet av forsikringsvilkårene. Henvisningen kan ikke være eldre enn 12 måneder. Har henvisningen kortere gyldighet, gjelder denne
- For behandling som ikke krever henvisning, regnes forsikringstilfellet å være den dato saken er meldt selskapet

Helbrede

For at en behandling skal anses å kunne helbrede en sykdom, lidelse eller skade må det foreligge objektiv medisinsk dokumentasjon for at den aktuelle behandlingen vil gi symptomfrihet og normalisering av funksjoner som forventes å vedvare utover 5 år etter avsluttet behandling.

Kronisk lidelse

Kronisk lidelse er sykdommer eller tilstander som varer over lang tid, ofte er vedvarende eller tilbakevendende og som vanligvis krever kontinuerlig behandling eller oppfølging.

Lege:

Offentlig registrert og godkjent lege. Denne personen kan ikke være slektning eller nær venn av den forsikrede.

Legespesialist:

Offentlig registrert og godkjent legespesialist. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin er ikke definert som legespesialist i denne sammenheng.

Medforsikret:

Medforsikret kan være ektefelle/samboer og barn under 25 år

Medisinsk nødvendig behandling

Medisinsk behandling anses nødvendig når sykdommen eller tilstanden som ligger til grunn vil medføre konsekvens for livslengde og/eller funksjonsevne samtidig som uteblivelse av behandling vil medføre en forverring av sykdommen/tilstanden. Behandlingen skal være dokumentert gjennom kunnskapsbasert praksis og kunne helbrede sykdommen/skaden eller gi varig bedring.

Primærbehandling (kreft)

Primærbehandling defineres som første behandlingsforløp ved en kreftsykdom der målet er kurasjon/helbredelse. Lindrende behandling eller all behandling for tilbakefall av en kreftsykdom regnes ikke som primærbehandling.

Selskapets behandlernetverk

Sykehus, klinikker og behandlere innenfor fysikalsk behandling, medisinsk behandling og psykologi som Selskapet og/eller Selskapets samarbeidspartner til enhver tid har avtale med.

Utredning

Begrepet «utredning» omfatter i denne sammenheng tiltak for å undersøke og dokumentere symptomer, tilstander og/eller årsaker til sykdom, lidelse, plage eller skade i den hensikt å avklare behovet for behandling, herunder prøvetaking, bildediagnostikk og undersøkelser hos legespesialist, fysikalsk behandler eller psykolog.

Varig bedring

For at en behandling skal anses å kunne gi varig bedring av en sykdom, lidelse eller skade, må det foreligge objektiv medisinsk dokumentasjon på at den aktuelle behandlingen vil gi vesentlig reduksjon av symptomer samt betydelig normalisering av funksjoner samtidig som bedringen forventes å vedvare utover 5 år etter avsluttet behandling, uten tilbakefall eller forverring.

Øyeblikkelig hjelp:

- Behandling av en uforutsett akutt sykdom/skade eller en akutt forverring av kjent sykdom som krever umiddelbar behandling for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling i en akutt fase
- Hva som regnes som øyeblikkelig hjelp må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Av pasientrettighetsloven § 2-1, framgår det at «pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp» fra det offentlige helsevesen

10 Hvordan gå fram med en klage

Dersom du ikke er enig i Selskapets avgjørelse, eller mener det er gjort feil i saksbehandlingen, har du rett til å klage. Ved skriftlig avslag fra Selskapet vil du motta informasjon om videre klageadgang. Klagefristen er på seks (6) måneder fra

det tidspunktet du fikk skriftlig melding om Selskapets avgjørelse.

Klagen sendes til intern klagenemd i DNB Livsforsikring kryptert per e-post til personskadeservice@dnb.no eller per post til:

DNB Livsforsikring AS

Personskade

Att: Intern klagenemd

Postboks 7500

5020 Bergen

Din klage vil bli raskest og riktigst behandlet hvis du oppgir nøyaktig navn og adresse på forsikringstaker og avtalenummeret på forsikringsbeviset. Dersom der foreligger nye opplysninger, vil vi anbefale deg å ta saken opp med DNB Livsforsikring først.

Videre klageinstans:

Hvis du er misfornøyd med klagebehandlingen i intern klagenemd i DNB Livsforsikring AS, kan saken bringes inn for: Finansklagenemnda (FinKN). FinKN er oppnevnt med hjemmel i lov og har som oppgave å behandle klager og tvister fra forsikringskunder. Sekretariatet i FinKN behandler sakene i første instans, og avgjørelsen kan påklages til nemnden. Avgjørelser i FinKN er ikke rettslig bindende.

Henvendelse rettes til:

Finansklagenemnda

Postboks 53, Skøyen

0212 Oslo Tlf. 23 13 19 60

For mer informasjon, les mer på hjemmesiden til FinKN:

www.finkn.no.

Klage kan også rettes direkte ved de alminnelige domstolene/forliksrådet etter reglene i tvisteloven dersom du er uenig i Selskapets avgjørelse. Vi anbefaler å benytte beskrevet klageadgang ut fra hensynet til tid og økonomi.