

Vilkår

Helseforsikring

Gruppe

Gjelder fra 01-01-2023

Innhold

| | |
|--|----|
| Innhold..... | 1 |
| BEGREPER OG DEFINISJONER | 2 |
| A Generelle bestemmelser | 4 |
| A.1 Generelt om forsikringsavtalen..... | 4 |
| A.2 Forsikringsgiver, -formidler og tilsyn og garantiordning | 4 |
| A.3 Gruppeforsikring..... | 5 |
| A.4 Forsikringens ikrafttredelse..... | 5 |
| A.5 Tilslutningsvilkår og helsekrav | 6 |
| A.6 Opplysningsplikt for forsikringstaker og gruppemedlem | 7 |
| A.7 Endring av generelle vilkår og premier | 8 |
| A.8 Premiebetaling | 8 |
| A.9 Generelle begrensninger..... | 9 |
| A.10 Når sykdom eller plage oppstår | 11 |
| A.11 Oppsigelse av forsikringen | 12 |
| A.12 Når forsikringen opphører | 13 |
| A.13 Foreldelsesfrist | 13 |
| A.14 Skaderegistrering | 14 |
| A.15 Behandling av personopplysninger | 15 |
| A.16 Hvordan man klager..... | 15 |
| B Forsikringens omfang | 16 |
| B.1 Generelt om helseforsikringen..... | 16 |
| B.2 Helseforsikringens ulike deler | 17 |
| B.3 Garanti | 20 |
| B.4 Begrensninger i forsikringens omfang..... | 21 |

Vilkår Helseforsikring

BEGREPER OG DEFINISJONER

For å unngå misforståelser har vi definert hva vi mener når vi bruker ordene under i dette vilkårsdokumentet. Når vi skriver "vi", "vårt" og "oss" mener vi Avonova Insurance AS (også "Avonova"), og forsikringsgiveren Eir Forsäkring AB.

| | |
|-------------------------------|--|
| <u>Akutt</u> | Behandling som krever medisinsk tilsyn innen tre døgn. |
| <u>Arbeidsdag</u> | Med arbeidsdag menes mandag – fredag utenom helligdager. En uke uten helligdager har fem (5) arbeidsdager. Tidsrom for arbeidsdag: 08.00 – 16.00. |
| <u>Avonova</u> | Forsikringsformidler (forsikringsdistributør) som er tilknyttet forsikringsgiver, og som formidler denne forsikringen. |
| <u>Dag</u> | Med dag/dager menes en kalenderdag. En uke har sju (7) kalenderdager. |
| <u>Forsikringen</u> | Den forsikring som reguleres av disse vilkårene. Forsikringen inngås gjennom en forsikringsavtale mellom forsikringsgiver og kunde. Forsikringen gjelder til fordel for gruppemedlemmer. Forsikringen kalles i disse vilkårene også for "helseforsikringen" og "gruppeforsikringen". |
| <u>Forsikringsavtaleloven</u> | Lov av 16. juni 1989 nr. 69 |
| <u>Forsikringsbevis</u> | Forsikringsbeviset angir f.eks. hva som inngår i din forsikring og premier. |
| <u>Forsikringsgiver</u> | Det forsikringsselskap, Eir Försäkring AB, som har tegnet forsikringsavtalen med kunden. |
| <u>Gruppeavtale</u> | Den avtale som ligger til grunn for forsikringen og som er tegnet mellom forsikringsgiver og kunde. |
| <u>Grupperepresentant</u> | Kontaktperson hos kunde. Har ansvaret for å informere gruppemedlemmene om forsikringen. |
| <u>Gruppemedlem</u> | Med gruppemedlem menes ansatte i en bedrift som omfattes av gruppeforsikringen såfremt ikke annet beskrives i gruppeavtalen. Når vi i fortsettelsen skriver |

"du", "deg" og "din" henviser vi til den person (gruppemedlem) som forsikringen gjelder for.

Kunde

Med kunde/kunden menes den bedrift som har tegnet helseforsikringen med forsikringsgiver. Kunde kalles i disse vilkår også forsikringstaker.

Partner

Med partner/partnere menes de underleverandører Avonova har avtale med og som utfører enkelte deler av forsikringen.

Tjeneste

Med tjeneste/tjenester menes de ulike typer helsetjenester og annen støtte som forsikringsgiver tilbyr kunden i henhold til forsikringsavtalen.

Behandlingsplanlegging

Behandlingsplanleggingen (rådgivning og bestilling av konsultasjoner, behandlinger og operasjoner) er den del av forsikringen som Avonova håndterer og godkjenner og dette utføres digitalt. Deler av Behandlingsplanleggingen kan utføres av partnere.

Helseforetak

Foretaket som Avonova har avtale med og som leverer helsetjenester. Forsikringen benytter private helseforetak.

A Generelle bestemmelser

A.1 Generelt om forsikringsavtalen

For forsikringsavtalen gjelder det som står skrevet i gruppeavtalen, forsikringsbeviset og tilhørende dokumenter, de generelle vilkårene for denne forsikring, forsikringsavtaleloven og norsk lov ellers. I disse dokumentene fremgår bl.a. forsikringens omfang, forsikringsbeløp og premier.

Forsikringsavtalen baserer seg på de opplysninger som ble oppgitt da forsikringen ble tegnet eller endret. Om noen av opplysningene er uriktige eller ufullstendige, gjelder det som står i forsikringsavtaleloven. Forsikringen tegnes med avtale for ett år om gangen og fornyes automatisk om den ikke sies opp av forsikringsgiver eller forsikringstaker. Forsikringsgiver har rett til å endre premie og forsikringsvilkår for forsikringen forut for hvert års fornyelse. All kommunikasjon skjer på norsk.

A.2 Forsikringsgiver, -formidler og tilsyn og garantiordning

A.2.1 Forsikringsgiver

Forsikringsgiver er Eir Forsäkring AB, organisasjonsnummer 559166-0617, Kungsgatan 37, 111 56 Stockholm, Sverige, der også styret holder til. Forsikringsgiver kan kontaktes på info@eirforsakring.se.

A.2.2 Forsikringsformidler

Avonova er en forsikringsformidler tilknyttet Eir Forsäkring AB. Eir Forsäkring AB er ansvarlig for rent formuestap i overensstemmelse med 4 kap. 16§ lag om försäkringsdistribution (LFD), som kan inntreffe om Avonova ikke overholder sine forpliktelser (med forsett eller av uaktsomhet). Avonova er registrert i det norske Finanstilsynets virksomhetsregister, hvilket kan kontrolleres her:

<https://www.finanstilsynet.no/virksomhetsregisteret/>

A.2.3 Tilsyn

Virksomheten til Eir Forsäkring AB og Avonova er under tilsyn av relevante myndigheter i Sverige og Norge der de mest relevante er:

- Finansinspektionen (Finansinspektionen, Box 7821, 103 97 Stockholm eller finansinspektionen@fi.se)
- Finanstilsynet (Besøksadresse: Revierstredet 3, 0151 Oslo Postadresse: Postboks 1187 Sentrum 0107 Oslo Tlf: 22 93 98 00 E-post: post@finanstilsynet.no <https://www.finanstilsynet.no/>)

- Konsumentverket (Konsumentverket, Box 48, 651 02 Karlstad eller konsumentverket@konsumentverket.se) og Forbrukertilsynet (<https://www.forbrukertilsynet.no/>) hva gjelder reklame og markedsføring.
- Forbrukertilsynet Besøksadresse: Porselensvegen 32, 3920 Porsgrunn. Postadresse: Postboks 2862 Kjørbekk, 3702 Skien. Tlf.: 23 400 600 <https://www.forbrukertilsynet.no/>
- Integritetsbeskyttelsesmyndigheten (Integritetsbeskyttelsesmyndigheten, Box 8114, 104 20 Stockholm imy@imy.se) og Datatilsynet (<https://www.datatilsynet.no/>) hva gjelder behandling av personopplysninger.

A.2.4 Garantiordning

Eir Forsäkring AB er ikke medlem i en garantiordning for skadeforsikringer som omfatter denne forsikringsavtalen.

A.3 Gruppeforsikring

Til grunn for gruppeforsikringen ligger en gruppeavtale. Gruppeavtalen inngås mellom forsikringsgiver og kunde, som er den bedrift som har tegnet forsikringen.

Personene som omfattes av forsikringen er den gruppen som angis i gruppeavtalen. Gruppemedlemmene er direkte tilknyttet forsikringen gjennom gruppeavtalen.

Gruppeavtalen inneholder bestemmelser om hvilken gruppe som omfattes av forsikringen, hvilken forsikringsbeskyttelse som tilbys, når forsikringen trer i kraft og dens varighet, samt fornyelse og oppsigelse av gruppeavtalen. Ytterligere vilkår for tilslutning fremgår av reglene om tilslutningsvilkår, se punkt A.5 under.

Spesifikke bestemmelser i gruppeavtalen har forrang fremfor bestemmelser i disse vilkårene.

A.4 Forsikringens ikrafttredelse

Forsikringen begynner å gjelde fra den dato som følger av gruppeavtalen. Om ikke annet er avtalt, begynner forsikringen å gjelde fra og med dagen etter gruppeavtalen er inngått. For personer som innlemmes i gruppen senere, regnes ansvaret fra dagen etter innlemmelsen i gruppen, forutsatt at forsikringen kan tilbys i henhold til de vilkår som gjelder for gruppeavtalen og de til enhver tid gjeldende tilslutningsvilkår og helsekrav.

A.4.1 Hvem forsikringen gjelder for

Forsikringen gjelder for personer som er minst 18 år. Høyeste alder for innmelding i avtalen er 65 år. Forsikringen gjelder senest til og med måneden gruppemedlem fyller 70 år, om ikke annet fremgår av gruppeavtalen.

Forsikringen gjelder for gruppemedlem som angis i forsikringsbeviset og som er bosatt i Norge. Med bosatt i Norge mener vi at du har ditt faste bosted og er folkeregistrert i Norge *eller* har ditt hovedsakelige arbeidsforhold i Norge, med fast bosted i annet nordisk land.

Om du har til hensikt å oppholde deg i utlandet lenger enn tre (3) måneder, eller om du flytter fra Norge, skal din bedrift melde dette til oss snarest, og du omfattes ikke lenger av forsikringen.

A.4.2 Når forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder for forsikringstilfeller som inntreffer i løpet av forsikringsperioden, dvs den tid som forsikringen er i kraft.

A.4.3 Hvor forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder for behandling i Norge av Helseforetak som Avonova har inngått avtale med. All behandling skal ha sitt utgangspunkt i Norge og henvisende behandler må praktisere i Norge.

A.5 Tilslutningsvilkår og helsekrav

Personer som tilsluttes til forsikringen skal

- angis i gruppeavtalen, og
- være bosatt og folkeregistrert i Norge, *eller* ha sitt hovedsakelige arbeidsforhold i Norge, men ha sitt faste bosted i annet nordisk land, og
- være fullt arbeidsfør.

Fullt arbeidsfør er den som

- kan utføre sitt vanlige arbeid uten begrensninger, og ikke tar imot eller har rett til erstatning som har sammenheng med sykdom eller ulykke.

Om et gruppemedlem ikke er fullt arbeidsfør ved inngåelse av forsikringen, kan likevel det enkelte medlem inntre i forsikringen dersom de har vært fullt arbeidsfør i 30 sammenhengende dager. Det enkelte medlem omfattes da av forsikringen fra dagen etter dette er formidlet til Avonova.

A.5.1 Overtagelse fra forhenværende forsikringsgiver

En forutsetning for å omfattes av overtagelsesreglene er at tilslutningsvilkårene under A.5 oppfylles, samt at gruppemedlem er dekket av en tilsvarende gruppeforsikring med karenstid hos annen forsikringsgiver dagen før gruppeforsikringen i henhold til disse vilkårene trer i kraft.

Forsikringen omfatter forsikringstilfeller som er meldt til, godkjent av og gjort opp av forhenværende forsikringsgiver etter at ansvarstiden hos forhenværende forsikringsgiver har løpt ut, under forutsetning av at forsikringstilfellet er dekket ifølge våre til enhver tid gjeldende vilkår.

Forsikringen omfatter også forsikringstilfeller som ikke er meldt inn, men som ville ha blitt godkjent av forhenværende forsikringsgiver om så hadde skjedd, under forutsetning av at forsikringstilfellet er dekket ifølge våre til enhver tid gjeldende vilkår.

A.6 Opplysningsplikt for forsikringstaker og gruppemedlem

Forsikringstaker og gruppemedlem er pliktige å på forsikringsgivers oppfordring oppgi opplysninger som kan ha betydning for spørsmål om forsikringen skal tilbys, utvides eller fornyes. Forsikringstaker og gruppemedlem skal gi riktige og fullstendige svar på forsikringsgivers spørsmål.

Forsikringstaker plikter innen en måned å melde fra til Avonova om endringer i hvilke personer eller antall personer som skal inngå i den forsikrede gruppen og være gruppemedlemmer. Justering av antall gruppemedlemmer av den grunn at arbeidsgiveren har meldt inn et feilaktig antall gruppemedlemmer til forsikringsgiver, kan kun gjøres for inneværende kalenderår.

Har forsikringstaker eller gruppemedlem svikaktig oppgitt uriktige eller ufullstendige opplysninger av betydning for avtalen, og forsikringsgiver ikke ville ha tilbudt forsikringen med kjennskap til de riktige opplysningene, er forsikringsgiver fritatt fra ansvar for inntrufne forsikringstilfeller.

Dersom forsikringstaker eller gruppemedlem uaktsomt har oppgitt uriktige eller ufullstendige opplysninger av betydning for avtalen, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort. Ved vurderingen skal det tas hensyn til de momenter som nevnes i forsikringsavtaleloven § 13-2 tredje ledd.

Om du søker om behandling gjennom Behandlingsplanleggingen, og forsettlig eller grovt uaktsomt har oppgitt uriktige opplysninger, fortiet eller skjult noe av betydning for vurderingen av retten til helsetjenester fra forsikringen, kan de helsetjenester som omfattes av forsikringen begrenses eller helt falle bort i henhold til hva som er rimelig med hensyn til omstendighetene.

A.7 Endring av generelle vilkår og premier

Forsikringsgiver har rett til å i forkant av hvert års fornyelse endre premie og forsikringsvilkår for forsikringen.

Ved generell premie- og vilkårsendring gjelder de nye premiene og vilkårene for forsikringen fra neste forfallsdato, under forutsetning av at underrettelse om dette gis til grupped medlemmene senest én måned før forfallsdatoen.

A.8 Premiebetaling

A.8.1 Ny forsikring

Det er en forutsetning at forsikringen blir betalt innen den frist som fremgår av betalingsvarselet. Betales ikke premien innen denne fristen, foreligger forsinket premiebetaling, og forsikringsgiver har rett til å si opp forsikringen som beskrevet i punkt A.8.5.

A.8.2 Premie for påfølgende premieperioder

Premie for påfølgende premieperioder skal betales senest på periodens første dag. Premien behøver imidlertid ikke å betales tidligere enn én måned etter at forsikringsgiver har utstedt premiefakturaen. Betales ikke premien i rett tid, foreligger forsinkelse med premiebetalingen, se mer om dette i punkt A.8.5 under.

A.8.3 Fornyet forsikring

Ved forsikringstidens slutt fornyes forsikringen automatisk ved at forsikringstaker betaler den premie som forsikringsgiver gjennom utstedt faktura underretter forsikringstaker om. Om premien ikke betales i tide har forsikringsgiver rett til å si opp avtalen. Tilpasning av premier og etterfakturering på grunn av endringer i antall ansatte skjer i forbindelse med årlig fornyelse.

A.8.4 Særskilte regler ved avtalegirobetaling

Premie skal betales i henhold til reglene i A.8.1 og A.8.2. Utover det som angis i A.8.1 og A.8.2 gjelder bestemmelsene i avtalegiroavtalen. Om kontoen slutter å være gyldig, faktureres premie for gjenstående del av forsikringstiden. Om avtalegiroavtalen opphører på grunn av manglende betaling har forsikringsgiver rett til å si opp forsikringen.

A.8.5 Oppsigelse av forsikring på grunn av forsinkelse med premiebetaling

Forsikringsgiver kan si opp forsikringen dersom forsinkelse med betalingen foreligger i henhold til punkt A.8.2 og A.8.4 over. Oppsigelse på grunn av premieforsinkelse får virkning 14 dager etter at beskjed om oppsigelse er sendt fra forsikringsgiver, med mindre premien betales innen den fristen. For det enkelte grupped medlem opphører forsikringen tidligst én måned etter at varsel om

oppsigelsen er gitt til medlemmet eller medlemmet på annen måte er blitt kjent med forholdet.

A.8.6 Gjenopptakelse av forsikring

Forsikringsavtale som er sagt opp av forsikringsgiver på grunn av at premien ikke er betalt i rett tid, kan gjenopptas innen tre måneder fra da forsikringen sluttet å gjelde. Forsikringen blir dermed gjeldende på nytt, dagen etter den dag da premien betales. Forsikringen kan kun gjenopptas for hele gruppen.

Forsikringstilfeller som har inntruffet i løpet av den tid forsikringen ikke var kraft omfattet ikke av forsikringen.

A.8.7 Tilbakebetaling av premie

Opphører forsikringen etter at premie er betalt på forskudd, tilbakebetaler vi den del av premien som gjelder tiden etter ansvarets opphør.

A.8.8 Premiefritak

Forsikringen gir ikke rett til premiefritak.

A.8.9 Overdragelse og pantsetting

Forsikringen kan ikke pantsettes eller overdras.

A.9 Generelle begrensninger

Vi er ansvarlige for å overholde vilkårene for forsikringen overfor deg så lenge forsikringen er i kraft. Det omfatter rimelige og nødvendige utgifter til undersøkelse og behandling så lenge behandlingen forventes å kunne helbrede eller vesentlig og varig forbedre din helsetilstand. Om forsikringen opphører, opphører også vårt ansvar under forsikringen.

Vi er ikke pliktige å utføre tjenester på din forespørsel der utføringen ikke er medisinsk nødvendig eller ellers forenlig med norsk lov, herunder Helse- og omsorgstjenesteloven.

Forsikringen dekker ikke kostnader som erstattes på annet vis i henhold til lov (inkludert ulovfestede prinsipper), konvensjon, grunnlov, kollektive avtaler, annen forsikring (eksempelvis trafikk- eller yrkesskedeforsikring) eller fra kommune, fylkeskommune eller stat.

A.9.1 Krig og krigslignende politiske uroligheter

Forsikringen gjelder ikke for sykdom eller skade forårsaket av: Krig, væpnet konflikt, terrorhandlinger, spredning av biologiske eller kjemiske stoff, kjernefysisk avfall eller annen skadelig stråling, krigslignende hendelser, eller som inntreffer i land eller områder hvor Utenriksdepartementet (UD) generelt av sikkerhetshensyn

fraråder reise. Har skade gjennom krig, krigslignende hendelse utenfor Norge, eller i land eller områder hvor UD generelt fraråder reise inntruffet, gjelder forsikringen dersom skaden inntraff innen 10 dager fra urolighetenes utbrudd, eller om du oppholdt deg i det rammede området ved utbruddet

A.9.2 Atomskade

Forsikringen gjelder ikke for forsikringstilfeller forårsaket direkte eller indirekte av atomskade.

A.9.3 Terrorhandlinger

Forsikringen gjelder ikke ved forsikringstilfeller som er forårsaket gjennom spredning av biologiske, kjemiske eller kjernefysiske substanser i sammenheng med terrorhandlinger. En terrorhandling er en handling som inkluderer, men ikke er begrenset til, bruk av tvang eller vold og/eller trussel om tvang eller vold, fra en person eller gruppe personer. Den utføres av noen som enten handler på egenhånd, eller på oppdrag for eller i forbindelse med en organisasjon eller statsmakt. Handlingen begås for eller av politiske, religiøse, ideologiske eller etiske grunner, inklusive hensikten å påvirke en statsmakt og/eller å skape frykt i befolkningen eller en del av befolkningen.

Forsikringen gjelder ikke for skade som forårsakes av at du utfører eller medvirker til terrorvirksomhet, opprør, gjengoppgjør, hooliganisme eller lignende voldelig aktivitet.

A.9.4 Sanksjon

Vi er ikke forpliktet til å foreta noe oppgjør eller utbetaling under forsikringen dersom slik utbetaling eksponerer oss for en sanksjon, forbud eller begrensning under en resolusjon fra FN, eller handels- eller økonomiske sanksjoner, lover eller forskrifter fra EU, Storbritannia, Nord-Irland eller USA.

A.9.5 Force Majeure

Forsikringen gjelder ikke for tap som kan oppstå om behandling forsinkes eller ikke kan gis på grunn av forhold utenfor selskapets kontroll. Behandlingsgarantien gjelder ikke ved disse hendelsene.

Forhold utenfor selskapets kontroll inkluderer blant annet krig, krigslignende hendelser, borgerkrig, revolusjon eller opprør, myndighetstiltak, pandemi eller samfunnsskadelig smittespredning, streik, lockout, blokade eller lignende hendelse, og naturkatastrofe.

A.9.6 Forsettlig eller uaktsom fremkalling av forsikringstilfelle

Har den forsikrede grovt uaktsomt fremkalt forsikringstilfellet eller økt skadens omfang, kan forsikringsforetakets ansvar settes ned eller falle bort. Det samme gjelder dersom den forsikrede grovt uaktsomt eller med forsett har påført seg selv eller forverret plager eller sykdom.

A.9.7 Ansvar for behandling og rådgivning

Vi er ikke ansvarlige overfor den forsikrede for den medisinske behandling eller rådgivning som formidles og gis av de helseforetak som vi har avtale med. Eventuelle krav rettet mot helsehjelp, medisinsk rådgivning og behandling, fastsettelse av diagnose eller andre tiltak utført av våre underleverandører, skal rettes mot det aktuelle helseforetaket.

A.10 Når sykdom eller plage oppstår

HR/Leder eller gruppemedlem skal kontakte vår Behandlingsplanlegging så snart som mulig etter sykdom eller plage har oppstått. Det er en forutsetning for dekning via forsikringen at vår Behandlingsplanlegging har blitt kontaktet og godkjent behandlingen på forhånd. De ulike kontaktmetodene står spesifisert i A.10.1.

Gruppemedlem skal sørge for at vi får tilgang til tidligere journaler fra sykehus og lege, samt de opplysninger og erklæringer som vi forespør dersom det er nødvendig for å kunne vurdere din sak. For vurdering av din sak kan det også være nødvendig at vi etterspør ditt samtykke til å innhente helseopplysninger fra lege eller annet helsepersonell, sykehus eller annen behandlingsinstitusjon, fysioterapeut, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut samt Folketrygden eller annen forsikringsinstitusjon. Ved rehabiliteringsutredning og -planlegging kreves samtykke fra gruppemedlem og arbeidsgiver.

Vi er berettiget til å ved hjelp av lege eller på annet vis få undersøke din medisinske tilstand, eller annen særskilt omstendighet av betydning for vurderingen av vårt ansvar. Gruppemedlem skal i slike tilfeller medvirke til legeundersøkelse hos en av våre utvalgte leger.

Dersom gruppemedlemmet unnlater å yte slik medvirkning som er beskrevet i avsnittene over og dette fører til at vi ikke kan vurdere forsikringstilfellet bortfaller retten til behandling via forsikringen.

A.10.1 Hvordan du bruker forsikringen

Gruppemedlemmet skal ta kontakt med Behandlingsplanleggingen så raskt som mulig når sykdom eller plager oppstår.

Det er to forskjellige varianter av forsikringen som styrer hvem som har rett til å rapportere en sak til forsikringen; Den første varianten "HR/Leder" betyr at bare lederen, eller den funksjonen i selskapet som er utnevnt av lederen, kan kontakte Avonova for å registrere et krav via skjema på Avonova's hjemmeside.

Den andre varianten "Direkteregistrering" betyr at du som ansatt selv kan registrere din sak direkte i vår digitale platform. Varianten som firmaet ditt har valgt, er angitt i forsikringsbeviset. Både skjema for HR/Leder og link til Direkteregistrering nås via www.avonova.no under punktet Helseforsikring.

A.10.2 Egenandel

Forsikringen kan gjelde med eller uten egenandel og dette fremgår i deres forsikringsbevis. Egenandelen innebærer at du betaler en fast sum for første avtalte konsultasjon ved hver enkelt behandlingsperiode, som startes av oss. Er behandlingsperioden over og du senere søker behandling på nytt for samme problem, betaler du ny egenandel.

A.10.3 Fordelsbeskatning

Forsikringen er en fordel som gir deg rask tilgang til nødvendig undersøkelse og behandling av sykdom og plager som dekkes av forsikringen. Det er således et supplement til eksisterende helsehjelp og klassifiseres skattemessig som en fordel. Arbeidsgiveren din må oppgi dette i kontrollinformasjonen som sendes til den norske skatteetaten.

A.11 Oppsigelse av forsikringen

A.11.1 Forsikringstakers rett til oppsigelse

Det er gruppens representant som administrerer tilslutning og oppsigelse. I noen tilfeller er vilkårene i forsikringen slik at alle på en bestemt arbeidsplass omfattes av forsikringen. Som enkeltmedlem av gruppen har du imidlertid alltid rett til når som helst velge å avstå fra forsikringen.

Om gruppeavtalen sies opp av forsikringstaker opphører forsikringen for samtlige gruppemedlemmer på det tidspunktet som angis i oppsigelsen, men tidligst en måned etter at oppsigelsen er mottatt av Avonova.

A.11.2 Forsikringsgivers rett til oppsigelse

Forsikringsgiver kan si opp forsikringen med opphør ved forsikringstidens utløp. Oppsigelsen skal gjøres skriftlig og sendes til forsikringstaker senest to måneder før forsikringens utløp. Berørte gruppemedlemmer skal varsles senest en måned før avtaletiden utløper.

A.12 Når forsikringen opphører

Forsikringen opphører når avtalen opphører, og for forsikringstilfeller som enda ikke er meldt inn til Avonova, bortfaller forsikringstakers rettigheter fra samme tidspunkt.

A.12.1 Etterdekning

Når forsikringen opphører, uansett årsak, vil en behandling som er meldt til, godkjent og bestilt av Behandlingsplanleggingen i forsikringstiden, erstattes i inntil 3 måneder fra opphørstidspunktet. Behandling utover det bestillingen gjelder, er ikke dekket i et slikt tilfelle.

A.12.2 Fortsettelsesforsikring

Om forsikringen sies opp av forsikringsgiver eller grupperepresentanten, har gruppemedlemmer som har vært omfattet av forsikringen i minst seks måneder rett til å tegne en fortsettelsesforsikring. Fortsettelsesforsikring tegnes uten helsekrav, og skal innebære likeverdig beskyttelse som tidligere. Søknad om fortsettelsesforsikring skal gjøres innen tre måneder fra forsikringen opphørte.

Med mindre annet fremgår, er det en forutsetning for retten til fortsettelsesforsikring at gruppemedlemmet ikke på annen måte har fått, eller åpenbart ikke kan få, forsikringsbeskyttelse av samme omfang hos annen forsikringsgiver.

Rett til fortsettelsesforsikring gjelder ikke for rehabiliteringsplanlegging, om ikke annet fremgår av forsikringsbeviset.

A.13 Foreldelsesfrist

Gruppemedlemmet mister sin rett til erstatning dersom han eller hun ikke retter krav til forsikringsgiver innen tre år fra det tidspunkt forsikringstilfellet inntraff. Krav på erstatning som er meldt til forsikringsselskapet innen ovennevnte foreldelsesfrist er utløpt, foreldes likevel tidligst seks måneder etter at forsikringsselskapet har gitt særskilt melding til gruppemedlemmet om at foreldelse vil bli påberopt.

A.13.1 Frist for å gi melding om forsikringstilfellet og for å ta rettslige skritt

Fristen for å gi melding om forsikringstilfellet er ett år fra du fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Dersom fristen ikke overholdes, vil du kunne miste retten til erstatning.

Dersom selskapet avslår ditt krav om erstatning, vil du kunne miste retten til erstatning dersom sak ikke er anlagt, eller behandling i utenrettslig tvisteløsningsorgan er krevd, innen seks måneder fra du fikk skriftlig melding fra oss om avslaget. For klagemuligheter se punkt A.16 nedenfor.

A.13.2 Renter

Gruppemedlem og grupperepresentant har krav på renter på erstatning eller forsikringssum etter reglene i forsikringsavtaleloven § 18-4.

A.13.3 Regress

For det tilfelle at gruppemedlemmet og/eller grupperepresentanten kan forlange at tredjeperson erstatter skaden, forbeholder selskapet seg retten til regress mot den ansvarlige skadevolder, jf. skadeserstatningsloven § 3-7 nr. 3.

Grupperepresentanten og det enkelte gruppemedlem plikter å gi selskapet alle relevante opplysninger som er av betydning for gjennomføringen av selskapets regress.

A.13.4 Lovvalg og jurisdiksjon

Norsk lov gjelder for denne forsikringsavtalen. Tvister skal avgjøres ved norske domstoler med mindre annet er avtalt eller det er i strid med ufravikelige regler i gjeldende lovgivning.

A.14 Skaderegistrering

For å redusere kostnader for erstatning basert på uriktige opplysninger, benytter vi oss av et for forsikringsbransjen felles skademeldingsregister (FOSS). Registret inneholder enkelte opplysninger om skaden samt opplysninger om hvem som har krevd erstatning, og brukes kun i sammenheng med skadeoppgjør. Det innebærer at vi får vite om du tidligere har meldt noen skade hos et annet forsikringsselskap. Behandlingsansvarlig i Foss er Finans Norge Forsikringsdrift ved administrerende direktør Geir Trulserud. Kontaktinfo FOSS: Postadresse Postboks 2473 Solli 0202 Oslo. Besøksadresse: Hansteens gt.2, Oslo. E-post: firmapost@finansnorge.no. Tlf: 23 28 42 00

A.15 Behandling av personopplysninger

Vi behandler dine personopplysninger i henhold til personvernforordningen (GDPR) og øvrige gjeldende regler. Vi verner om din integritet når vi behandler personopplysninger. Vi behandler dine personopplysninger når det er nødvendig for å administrere forsikringen og overholde våre forpliktelser, bl.a. ved tegning av forsikringen og ved skadeoppgjør.

For informasjon om forsikringsgivers behandling av personopplysninger, les mer i forsikringsgivers personvernpolicy her: [Eir Forsäkrings AB:s integritetspolicy \(www.eirforsakring.com\)](http://www.eirforsakring.com)

For informasjon om Avonovas behandling av personopplysninger, les mer i Avonovas personvernpolicy her: <https://www.avonova.no/om-avonova-helse/personvern-digitale-kanaler/>

A.16 Hvordan man klager

Ta alltid først kontakt med din saksbehandler. En samtale kan gi utfyllende opplysninger og eventuelle misforståelser kan oppklares. Om du ikke er fornøyd overlater saksbehandleren saken din til sin leder for en ny gjennomgang. Overprøvingen er alltid kostnadsfri.

A.16.1 Klageansvarlig

Avonova's klageansvarlig kan prøve de fleste typer saker og undersøke både selve behandlingen og avgjørelsen i erstatningsspørsmålet – med noen unntak. Klageansvarlig prøver ikke saker som er under prøving i domstol, rettsmekling, eller i annen ekstern ordning, f.eks. nemnd – og heller ikke saker hvor tvisten i saken har vært prøvet i noen av disse instanser.

Klageansvarlig arbeider upartisk og selvstendig. Skriv ned dine synpunkter og send disse til Klageansvarlig via post eller e-post der kontaktinformasjon finnes under punktet «Har du klager du vil rapportere om forsikringen?» på www.avonova.no.

Etter du har meldt inn saken, blir du underrettet om den videre behandlingen senest innen 14 dager. Etter at klageansvarlig har undersøkt saken din, blir dennes skriftlige avgjørelse sendt til deg. Din begjæring om prøving hos Klageansvarlig må senest ha ankommet seks måneder fra du ble opplyst om vår avgjørelse i saken. Prøvingen er kostnadsfri.

Du kan kontakte forsikringsgivers klageansvarlige via post Eir Försäkring AB (Klagomålsansvarig), BOX 3132, 103 62 Stockholm eller på e-post: klagomal@eirforsakring.se

A.16.2 Andre klageinstanser

Ved fortsatt misnøye finnes følgende muligheter til å få saken overprøvd. Vil du heller rette deg til en annen instans enn Klageansvarlig, har du følgende muligheter til å få din sak ytterligere prøvet.

A.16.2.1 Finansklagenemnda (FinKn)

Finansklagenemnda (FinKn) er et bransjebasert klageorgan som behandler klagesaker mot banker, forsikringselskap, inkassoselskap, og andre finansselskap. Avgjørelser i Finansklagenemnda er ikke juridisk bindende. Dersom avgjørelsen bestrides av kunde eller forsikringselskap, må saken bringes inn for de ordinære domstoler.

POSTADRESSE: Finansklagenemnda, Pb. 53 Skøyen, 0212 Oslo

TELEFON: 23 13 19 60 (kl. 09.00–11.30 og kl. 12.30–15.00)

E-POST: post@finkn.no

HJEMMESIDE: <https://www.finkn.no/>

A.16.2.3 Domstol

Som ved andre tvister kan du også gå til en domstol. Ta kontakt med nærmeste tingrett om du vil vite mer eller se www.domstol.no. Det finnes noen muligheter for å få kostnader dekket av retthjelpforsikringen i for eksempel boligforsikring dersom du har dette, men dette er du selv forpliktet til å undersøke og eventuelt følge opp.

A.16.2.4 Forbrukerrådet

Forbrukerrådet kan også gi noe veiledning i forbindelse med klage på forsikring.

HJEMMESIDE: <https://www.forbrukerradet.no/forside/okonomi-og-betaling/forsikring/>

B Forsikringens omfang

B.1 Generelt om helseforsikringen

Forsikringen omfatter sykdom og plager av fysisk eller psykisk art og inkluderer konsultasjon, medisinsk behandling og rehabilitering som utføres i Norge, av det til enhver tid gjeldende nettverket av helseforetak som vi har avtale med.

Forsikringen dekker nødvendige og rimelige kostnader som følge av sykdom og plager som omfattes av de til enhver tid gjeldende vilkår når kravet fremsettes, forutsatt at Behandlingsplanleggingen har godkjent kostnaden på forhånd.

Et forsikringstilfelle anses å ha inntruffet da forsikringstaker kontaktet Avonova`s Behandlingsplanlegging. Har derimot påviste symptomer tidligere blitt nedtegnet i pasientjournal, anses forsikringstilfellet å ha inntruffet på datoen for nedtegnelsen.

Hver enkelt sykdom eller plage medfører sin egen behandlingsperiode. Behandlingsperioden anses å ha startet ved din første helsekontakt via forsikringen og anses som avsluttet når det har gått minst sju (7) måneder siden din siste helsekontakt. Med helsekontakt menes konsultasjon, behandling og rehabilitering som skjer enten digitalt eller ved fysisk besøk. Behandlingsråd eller råd om egenbehandling regnes ikke som helsekontakt.

Flere sykdommer eller plager med medisinsk tilknytning regnes som ett (1) forsikringstilfelle. Sykdommer og plager som forkjølelse og infeksjoner er nytt forsikringstilfelle ved hvert enkelt sykdomstilfelle.

Enkelte typer behandling kan ikke tilbys innenfor privat helsevesen i Norge og er derfor ikke inkludert i forsikringen. I den pågående behandlingsperioden har vi til enhver tid rett til å anwise til annet helseforetak innenfor vårt nettverk ved behov. Vi har også rett til å henvise til privat behandling utenfor Norge.

B.2 Helseforsikringens ulike deler

Forsikringen omfatter nedenstående punkter som følge av sykdom eller plager som har oppstått i forsikringsperioden og der symptomene ikke har oppstått eller er påvist før forsikringen trer i kraft.

- Helserådgivning og Behandlingsplanlegging
- Digital lege- og psykologtjeneste
- Konsultasjon hos legespesialist
- Vurderingssamtale
- Operasjon og sykehusbehandling
- Behandling hos psykolog
- Behandling hos fysioterapeut/kiropraktor/naprapat
- Etterbehandling og medisinsk rehabilitering
- Rehabiliteringsplan
- Second opinion – ny medisinsk vurdering

B.2.1 Helserådgivning og Behandlingsplanlegging

Tilgang til rådgivning av erfarent autorisert helsepersonell inngår alltid. Behandlingsplanlegging vurderer om utredning og behandling kan gis innen rammen for forsikringen. All behandling skal alltid formidles gjennom Behandlingsplanlegging. Det er Behandlingsplanlegging som ut ifra medisinsk behov vurderer hvilket behandlingsnivå som er best egnet for deg.

B.2.2 Digital lege- og psykologtjeneste

Forsikringen omfatter digital lege- og psykologtjeneste hos en leverandør Avonova har avtale med. For kunder som har egenandel i sin forsikringsavtale, så gjelder det ikke ved bruk av den digitale lege- og psykologtjenesten.

B.2.3 Konsultasjon hos legespesialist

Forsikringen dekker kostnader for undersøkelse og behandling hos legespesialist godkjent og formidlet av forsikringsgiver.

B.2.4 Vurderingssamtale

Det kan iblant være vanskelig å avgjøre hvilken type undersøkelse eller behandling som er egnet for ditt tilfelle. For å vurdere ditt behov for behandling, inngår i disse tilfeller en vurderingssamtale som Behandlingsplanlegging bestiller. Etter vurderingssamtalen tilbakefaller saken som regel til Behandlingsplanlegging som vedtar egnede tiltak basert på vurderingssamtalen og andre faktorer.

B.2.5 Operasjon og sykehusbehandling

Forsikringen omfatter nødvendig og ventelig operasjonsforberedende undersøkelse, operasjon og sykehusbehandling hos den helseforetak som det i behandlingsøyemed er mest hensiktsmessig og som er godkjent på forhånd av Behandlingsplanlegging.

B.2.6 Behandling hos psykolog

Forsikringen dekker støttesamtaler ved en krisereaksjon og visse psykiske lidelser. Behandling gjelder for krisereaksjoner som har oppstått for eksempel som følge av at gruppemedlemmet har vært involvert i en alvorlig ulykke, nærstående død, overfall, trussel, ran eller brann. Også arbeidsrelaterte hendelser som en kollegas bortgang, trussel, vold eller annen vanskelig og psykologisk utfordrende hendelse på arbeidsplassen, dekkes.

Forsikringen gjelder ikke for krisereaksjoner i sammenheng med opphør av arbeidsforhold, hendelser som ligger mer enn ett år tilbake i tid eller krisereaksjoner som følge av kriminelle handlinger som gruppemedlemmet selv kan straffes for. Om gruppemedlemmet kan straffes for forholdet fastsettes av endelig dom eller dersom gruppemedlemmet tilstår.

Ved psykisk lidelse omfattes psykologisk behandling mot diagnosene tilpasningsforstyrrelse, stressreaksjoner, søvnløshet eller søvnforstyrrelser, mild til moderat angst (panikk eller sosial fobi, men ikke PTSD) og depresjon uten psykotiske eller selvmordrelaterte elementer. Forsikringen dekker ikke psykiske

lidelser som krever spesialpsykiatrisk behandling, som for eksempel alvorlig depresjon. Retningslinjene for DSM-5 brukes til å klassifisere depresjon.

B.2.7 Behandling hos fysioterapeut/kiropraktor/naprapat

Forsikringen dekker kostnader som omfatter behandling hos enten autorisert fysioterapeut, autorisert kiropraktor eller autorisert naprapat i privat regi, anvist av forsikringsgiver.

B.2.8 Etterbehandling og medisinsk rehabilitering

Forsikringen omfatter medisinsk nødvendig etterbehandling som foreskrives av lege på grunn av privat operasjon og sykehusbehandling, i maksimalt 6 måneder etter operasjonen, og kun dersom behandlingen på forhånd er godkjent av Behandlingsplanlegging.

B.2.9 Rehabiliteringsplan

Forsikringen gjelder for gruppedlemmer og som på grunn av sykdom eller skade forventes å bli fraværende fra arbeidet minst 7 sammenhengende dager, og der sykdom eller plager er dokumentert i pasientjournal.

Forsikringen dekker kostnader i sammenheng med utredning av rehabiliteringsbehov. Dekning gis for kostnader for rehabiliteringslederen, samt for benyttede spesialister i sammenheng med rehabiliteringsutredning som trengs for å identifisere gruppedlems behov for rehabilitering.

Rehabiliteringsutredning skjer av rehabiliteringsleder anvist og godkjent av forsikringsgiver.

Forsikringen dekker kostnader for utvikling av rehabiliteringsplan (plan for tilbakekomst til arbeid). Rehabiliteringsplanen har som primær hensikt at gruppedlem skal kunne fortsette å arbeide hos nåværende arbeidsgiver. Rehabiliteringsplanen beskriver de behandlinger, tilpasninger og tiltak som anbefales for optimal rehabilitering og tilbakekomst til arbeid. Rehabiliteringsplanen kan inneholde forslag til tiltak som ikke dekkes av forsikringen.

Forsikringen dekker ikke de kostnader som kan tilkomme i sammenheng med gjennomføring av rehabiliteringsplanen, eller som er relaterte til arbeidsudyktighet, slik som

- tilpasning av fast arbeidsplass
- arbeidshjelpemidler
- arbeidstrening
- omplassering

- utdanning
- endrede arbeidsoppgaver
- tapt inntekt eller produksjonsbortfall på grunn av rehabiliteringsrelaterte aktiviteter eller tiltak
- kostnad for erstatting eller vikar
- gjeldsordning for gruppemedlem
- varsel om oppsigelse
- yrkesveiledning eller karriereplanlegging
- utdanning eller program som har til hensikt at gruppemedlemmet skal få jobb hos annen arbeidsgiver

B.2.10 Second opinion – ny medisinsk vurdering

Forsikringen gir gruppemedlem rett til å få en såkalt Second opinion. Det innebærer at gruppemedlem har rett til en ny medisinsk vurdering av en spesialist utsett av forsikringsgiver. Second opinion skjer på grunnlag av bestående journalmateriale om ikke forsikringsgiver finner det nødvendig med en ytterligere legeundersøkelse. Second opinion kan gis én gang for sykdom/skade.

Gruppemedlem har rett til Second opinion

- ved en livstruende eller spesielt alvorlig sykdom/skade, eller
- om gruppemedlem overveier å utsette seg for risikabel behandling. Med risikabel behandling menes her at behandlingen i seg selv kan være livstruende eller gi varige men utover den sykdom/skade som er foranledningen for behandlingen.

Second opinion skal godkjennes av forsikringsgiver på forhånd.

B.3 Garanti

Forsikringsgiver gir den garanti som fremgår av B.3.1 og B.3.2. Garantien gjelder ikke om gruppemedlem ikke kan opereres av medisinske grunner, uteblir fra bestilt behandling, takker nei til bestilt tid eller kommer til enighet om senere tid for behandling. Operasjonsgarantien ifølge B.3.2 gjelder hele året, med unntak av uke 29–31 samt siste uken i desember og første uken i januar (vanligvis uke 52 og 1). Om vi ikke kan leve opp til behandlingsgarantien gis rabatt på forsikringen. Hver arbeidsdag garantien overskrides gir kunden rett til én måneds avgiftsfrihet for det rammede gruppemedlemmet. Rabatten krediteres kunden. Det utgår ingen kontanterstatning til gruppemedlem eller annen økonomisk erstatning til kunde eller gruppemedlem. Rabatten er begrenset til 24 måneders kostnadsfri forsikring for et gruppemedlem.

B.3.1 Spesialistbehandlingsgaranti

Forsikringsgiver garanterer at gruppe medlem for et og samme forsikringstilfelle tilbys en første medisinsk rådgivning i personlig møte eller per telefon av lege, fysioterapeut, psykolog eller annen relevant behandlingsspesialist innen sju (7) arbeidsdager fra ditt forsikringstilfelle har blitt godkjent.

Garantien gjelder under forutsetning av at forsikringsgiverens Behandlingsplanlegging har blitt kontaktet, godkjent behandlingen og at den forsikrede er beredt på å måtte reise innenfor Norges grenser.

B.3.2 Operasjonsgaranti

Forsikringsgiver garanterer at gruppe medlem for ett og samme forsikringstilfelle får en operasjon gjennomført innen 20 arbeidsdager fra operasjonen er godkjent av forsikringsgiver.

B.4 Begrensninger i forsikringens omfang

B.4.1 Sykdom eller plager før forsikringen ble tegnet - Karens

Behandling av sykdom eller plager som er blitt påvist eller har vist symptomer før forsikringen begynte å gjelde, omfattes ikke av forsikringen.

Hvis den forsikrede har vært symptom-, behandlings- og medisinfri i to påfølgende år dekkes det av forsikringen.

B.4.2 Enkelte sykdommer og diagnoser samt enkelte helsetjenester og behandlinger

Forsikringen dekker ikke kostnader for:

- Helsetjenester som ikke på forhånd er godkjent av forsikringsgiver eller dens partnere.
- Tapt arbeidsfortjeneste.
- Reiser eller losji i forbindelse med behandling.
- Ortopedtekniske eller andre medisinske hjelpemidler.
- Akutt behandling, akutte transport og kostnader tilkomne i sammenheng med akutt behandling. Med akutt behandling menes slik behandling som av medisinske grunner skal gis omgående eller senest innen tre døgn.
- Forsikringen omfatter ikke konsultasjon hos allmennlege og spesialist i allmennmedisin. Digital legetjeneste eller videokonsultasjon hos en leverandør Avonova har avtale med er likevel omfattet.
- Forsikringen omfatter ikke forebyggende behandling, vaksinasjoner, helseundersøkelser og screeningundersøkelser. Unntatt er også

forebyggende behandling på bakgrunn av gentester.

- Behandling av kroniske sykdommer. Med behandling av kronisk sykdom menes behandling som ifølge medisinsk erfaring ikke forventes å kunne helbrede eller vesentlig og varig kunne forbedre din tilstand. Det kan dreie seg om diabetes eller høyt blodtrykk etc. som krever regelmessige kontroller. Undersøkelse og behandling frem til en sykdom eller skade blir klassifisert som kronisk er inkludert. Den videre behandlingen av din kroniske sykdom inngår ikke i forsikringen.
- Meldepliktig sykdom som er regulert ved lov, eller følger av slik sykdom.
- Undersøkelse og behandling av tenner.
- Kosmetiske behandlinger og operasjoner eller følger derav, om ikke disse er en følge av erstatningsberettiget sykdom eller skade.
- Kontroll og behandling som skyldes graviditet, fødsel, abort og sterilisering.
- Fertilitetsutredning, behandling av infertilitet.
- Kjønnskorrigerende behandling.
- Utredning og behandling av nevropsykiatriske forstyrrelser (f.eks. ADHD, autisme).
- Alternative behandlingsformer og produkter som ikke er godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet, Legemiddelverket eller annen godkjennende myndighet (f.eks. antroposofiske eller homeopatiske produkter eller mineral-, substans-, vitamin- eller naturmedisinske preparat).
- Behandlings- eller legemiddelkostnader på grunn av overvekt (BMI >30).
- Overvektsoperasjon og følger derav.
- Brillor og linser samt operative inngrep, inklusive laserkirurgi, med hensikt å korrigere brytningsfeil på øyet.
- Utredning og behandling av snorking og søvnapné.
- Skade som har oppstått ved deltakelse i sport eller idrett dersom du har tatt ut fortjeneste på grunn av denne deltakelsen (bidrag som overstiger 0,5 G (folketrygdens grunnbeløp) per år fra sponsorer likestilles med fortjeneste), og også skader relaterte til idrettsutøving for individer som går på idrettshøyskoler eller annen idrettsrettet utdanning.

- Skade som oppstår som følge av inngrep, undersøkelse, behandling eller bruk av medisinske preparater som berettiger til erstatning i henhold til pasientskadeloven (Lov av 15. juni 2001 nr. 53).
- Vane- og impulsforstyrrelser som klassifisert i gruppe F63 i ICD-kodeverket.

B.4.3 Uteblitt eller sent avlyst besøk, behandlinger eller operasjoner

Avonova forbeholder seg retten til å tilbakekreve merkostnader som oppstår på grunn av at gruppemedlemmet uteblir fra avtalt besøk, avtalt behandling eller operasjon. Dette gjelder også dersom gruppemedlemmet avbestiller et avtalt besøk eller en avtalt behandling eller operasjon mindre enn 24 timer før avtalt tid, med mindre annet fremgår av eventuelle opplysninger fra det aktuelle helseforetaket. Ved uteblitt eller for sent avbestilte konsultasjoner, behandlinger eller operasjoner er gruppemedlemmet ansvarlig for påløpte behandlingsutgifter.