



Vilkår – produkt 601

Behandlingsforsikring Total

Gjelder fra 1.1.2026

I tillegg til dette vilkåret gjelder:

- Teksten i forsikringsbeviset
- Generelle vilkår for Behandlingsforsikring
- Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 (FAL)
- Det øvrige lovverk

Teksten i forsikringsbeviset gjelder foran forsikringsvilkårene. Forsikringsbeviset og forsikringsvilkårene gjelder foran lovbestemmelser som kan fravikes.

Forsikringen er dekket i Euro Accident Liv NUF, heretter omtalt som Selskapet.

Innhold

1	Hvem forsikringen gjelder for	3
1.1	Arbeidstakere.....	3
2	Hvor forsikringen gjelder	3
3	Hva forsikringen omfatter og hva den ikke omfatter	3
3.1	Hva forsikringen omfatter	3
3.1.1	Rådgivning.....	3
3.1.2	Veiledning i valg av behandler.....	3
3.1.3	Bildedagnostisering.....	4
3.1.4	Legespesialist.....	4
3.1.5	Second Opinion – andregangsvurdering.....	4
3.1.6	Operasjon	4
3.1.7	Oppfølging.....	4
3.1.8	Medisiner.....	4
3.1.9	Hjelpemidler etter operasjon	4
3.1.10	Opptrening etter operasjon.....	4
3.1.11	Reisekostnader	4
3.1.12	Psykologisk krisehjelp.....	5
3.1.13	Fysioterapeut/manuellterapeut/ kiropraktor/naprapat eller osteopat.....	5
3.1.14	Psykolog.....	5
3.1.15	Rus- og spillavvenning	5
3.1.16	Kreftbehandling.....	5
3.2	Hva forsikringen ikke omfatter	6
4	Erstatningsregler.....	7
4.1	Regler for melding av skade og dokumentasjon	7
4.1.1	Melding av skade	7
4.1.2	Opplysningsplikt og dokumentasjon	7
4.1.3	Lege- og spesialisterklæring.....	8
4.1.4	Ansvarstid	8
4.1.5	Skader som oppstår under behandling	8
5	Egenandel	8
6	Forsikringssum.....	8
7	Definisjoner*	8

1 Hvem forsikringen gjelder for

1.1 Arbeidstakere

Forsikringen gjelder for arbeidstakere (forsikrede*) som er angitt i forsikringsbeviset.

Det er en betingelse for medlemskap i forsikringen at arbeidstakerne er bosatt i Skandinavia* og medlem av ett av de skandinaviske lands trygdesystemer.

Forsikringen opphører ved fylte 67 år, dersom ikke annet fremkommer av medlemsbeviset (forsikringsbeviset).

2 Hvor forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder for planlagt behandling, som utføres i forsikringstiden og som er som følge av oppstått sykdom eller ulykke. Behandlingen utføres hos behandlere/sykehus/klinikker i Skandinavia, som Selskapet har inngått avtale med. Henvissende lege må også praktisere i Skandinavia.

Finner ikke Selskapet ledig kapasitet eller kompetanse i sitt skandinaviske medisinske nettverk, kan Selskapet henvise til behandlere i Europa, som Selskapet har inngått avtale med.

3 Hva forsikringen omfatter og hva den ikke omfatter

Generelt

Forsikringen gjelder kun for planlagt behandling. Den omfatter ikke behandling av sykdom eller skade som krever øyeblikkelig hjelp eller oppfølging av behandling som krever øyeblikkelig hjelp.

Behandling krever henvisning* fra behandler med henvisningsrett. Behandlingen det henvises til, skal være medisinsk nødvendig, rasjonell og riktig

for den aktuelle lidelsen. Det er behandler som vurderer om det er medisinsk forsvarlig og nødvendig å igangsette henvist behandling.

Flere sykdomstilfeller med innbyrdes medisinsk sammenheng regnes som én skade. Dette gjelder likevel ikke dersom den forsikrede har vært behandlings- og symptomfri mer enn 12 måneder sammenhengende.

Det er en forutsetning at forsikrede alltid kontakter Selskapets Medisinske Kundesenter før enhver behandling igangsettes, for at disse skal bli dekket av forsikringen.

Selskapet beslutter hvor kunden skal få hjelp. Dette gjelder også selv om det skulle være ledige timer tidligere på en annen klinikk.

Selskapet forbeholder seg retten til å konsultere medisinsk ekspertise på området, for vurdering av hva som skal anses som medisinsk nødvendig.

Forsikringen kommer til anvendelse når ventetiden på en utredning, behandling eller operasjon i det offentlige helsevesenet overstiger den avtalte behandlingsgarantien.

3.1 Hva forsikringen omfatter

3.1.1 Rådgivning

Rådgivning og oppfølging av autorisert helsepersonell og bestilling av time for henvist behandling.

3.1.2 Veiledning i valg av behandler

I de tilfeller der henvist behandling ikke omfattes av forsikringen på grunn av begrensninger i forsikringsvilkårets pkt. 3.2., omfatter forsikringen likevel rådgivning om hvor forsikrede kan få utført den henviste behandlingen. Forsikrede avtaler selv time for behandling direkte med behandlingsstedet og kostnaden for slik behandling betales av den forsikrede.

3.1.3 Bildediagnostisering

I forbindelse med utredning og diagnostisering dekkes forsikringen bildediagnostikk innen 10 virkedager*.

Henvisning til PET/CT krever at sykdommen er utredet av legespesialist.

3.1.4 Legespesialist

Undersøkelse, utredning og behandling utført av autorisert legespesialist innen 10 virkedager.

Det samme gjelder videokonsultasjoner, der det er medisinsk forsvarlig og tilgjengelige digitale tjenester.

Psykiater og spesialist i allmennmedisin defineres ikke som legespesialist i dette vilkåret.

3.1.5 Second Opinion – andregangsvurdering

Retten til å benytte forsikringen til en ny vurdering hos en annen legespesialist i følgende tilfeller:

- Ved alvorlig sykdom eller skade
- Hvis den forsikrede står overfor valget om å utsette seg for særskilt risikofylt behandling. Med det menes om behandlingen i seg selv kan være livstruende eller gi varige mén

Retten til ny konsultasjon skal være vurdert og forhåndsgodkjent av Selskapet.

3.1.6 Operasjon

- Forberedende undersøkelser på sykehus/ behandlingssted forut for en operasjon
- Dagkirurgi
- Operasjoner med overnatting på sykehus

Garantitiden* er 10 virkedager etter at legespesialist har konstatert behov for operasjon og operasjonen er godkjent av Selskapet. Det forutsetter at det er medisinsk forsvarlig å gjennomføre behandlingen/operasjonen innenfor garantitiden.

Forsikringen vil dekke utgifter til den aktuelle behandlingen/operasjonen, selv utenfor garantitiden, når behandler

anbefaler at den bør gjennomføres på et senere tidspunkt.

3.1.7 Oppfølging

Helsefaglig personell, ansatt i Selskapet, kontakter forsikrede for oppfølging etter sykehusinnleggelse og operasjon.

3.1.8 Medisiner

Nødvendige medisiner og utstyr som benyttes under behandling/operasjon på behandlingsstedet dekkes av forsikringen.

Utgifter til medisiner foreskrevet av behandlende lege, dekkes i inntil 3 måneder etter at behandlingen/operasjonen har funnet sted.

Det er en forutsetning at operasjonen/ behandlingen er utført i regi av forsikringen.

3.1.9 Hjelpemidler etter operasjon

Hjelpemidler som ikke kan søkes dekket fra annet hold, for eksempel NAV hjelpemiddelsentral/HELFO, dekkes med inntil kroner 2 000. Hjelpemiddelet skal være foreskrevet av behandlende lege til midlertidig bruk og anses som nødvendig.

Det er en forutsetning at operasjonen er utført i regi av forsikringen.

3.1.10 Opptrening etter operasjon

Veiledning, fysikalsk behandling og opptreningsplan utarbeidet i samarbeid med aktuell behandler, dekkes av forsikringen.

Opptreningen på institusjon dekkes med inntil 14 døgn, forutsatt at det er henvist og anbefalt av behandlende lege og bestilt og betalt av Selskapet.

Opptrening foretatt senere enn 6 måneder etter operasjon dekkes ikke.

Det er en forutsetning at operasjonen er utført i regi av forsikringen.

3.1.11 Reisekostnader

Nødvendige utgifter til reise og overnatting i forbindelse med utredning,

time hos legespesialist/operasjon og opptrening etter operasjon, hvor avstanden mellom fast bostedsadresse og behandlingssted er mer enn 100 km én vei.

Reise til og fra fysikalsk behandling/psykolog dekkes ikke.

Ved bruk av egen bil dekkes kjøregodtgjørelse etter statens satser for pasientreiser.

Dersom lege anser det som medisinsk nødvendig å ha med ledsager, dekkes tilsvarende utgifter.

Det er en forutsetning at det rimeligste alternativet for transport og losji benyttes.

3.1.12 Psykologisk krisehjelp

Ved psykiske reaksjoner som skyldes en plutselig og uforutsett kritisk hendelse, dekker forsikringen uten henvisning:

- Psykologkontakt innen 24 timer (første konsultasjon)
- Inntil 9 påfølgende konsultasjoner hos psykolog

Forsikringen dekker forsikrede, forsikredes ektefelle/samboer/partner og barn i den faste husstand, i felles konsultasjoner, forutsatt at de var utsatt for samme hendelse som forsikrede.

3.1.13 Fysioterapeut/manuellterapeut/kiropraktor/naprapat eller osteopat

Forsikringen dekker medisinsk nødvendig behandling hos autorisert fysioterapeut/manuellterapeut/kiropraktor/naprapat eller osteopat innen 10 virkedager. Antall behandlinger fremgår av forsikringsbeviset. Det kreves ikke henvisning.

Behandlingen dekkes når den kan føre til en permanent forbedret funksjonsevne for den forsikrede og kan ha en forhindreende effekt mot kirurgiske inngrep.

3.1.14 Psykolog

Forsikringen dekker inntil 10 konsultasjoner, dersom ikke annet fremkommer av forsikringsbeviset.

Behandlingen må skje innenfor en 12 måneders periode fra første behandlingsdato, og det må gå 12 måneder fra siste behandling er dekket av forsikringen før nye behandlinger kan dekkes.

Problemstillingen må være realistisk å utrede og ferdigbehandle innen denne behandlingsperioden.

3.1.15 Rus- og spillavvenning

Forsikringen dekker utgifter til ett opphold på godkjent behandlingsinstitusjon med inntil kroner 150 000 per forsikret. Oppholdet har til hensikt å avvenne forsikrede fra følgende avhengighet: Alkohol og andre rusmidler, reseptbelagte legemidler og spill.

3.1.16 Kreftbehandling

Innen kreftbehandling dekkes følgende:

- Kreftbehandling inkludert utgifter til diagnostisering og primærbehandling av kreftsykdommer inkludert operasjon, cellegift og strålebehandling.
- Immunterapi som behandlingsform dekkes når medisinen er godkjent av European Medicines Agency (EMA) som behandling for den aktuelle kreftdiagnosen, men ikke dekkes av det offentlige.

Kreftbehandlingen dekkes så lenge behandlingsrespons kan dokumenteres.

Behandlingen må være tilgjengelig innenfor Euro Accident sitt nettverk og forhåndsgodkjent av Selskapet.

Behandlingen det henvises til, skal være anbefalt og godkjent av spesialist i kreftsykdommer i Euro Accident sitt nettverk.

Ved henvisning til kreftbehandling er det et krav at henvisende lege er offentlig godkjent legespesialist innenfor aktuelt fagområde i Norge og at henvisningen er basert på undersøkelse av pasienten. Henvisningen skal inneholde opplysninger om:

- Diagnose, klassifikasjon og stadieinndeling

- Resultater fra utredning og eventuell tidligere behandling
- Begrunnelse for henvisning
- Anbefalt utredning og behandlingsplan
- Opplysninger om behandlingen det henvises til, er godkjent i offentlig helsevesen eller av EMA for aktuell kreftdiagnose

Behandlingen skal være evidensbasert og i tråd med anerkjent medisinsk praksis.

Eksperimentell behandling dekkes ikke.

3.2 Hva forsikringen ikke omfatter

Allmennlege

Konsultasjon og behandling hos allmennlege/ bedriftslege/ spesialist i allmennmedisin.

Alternativ eller eksperimentell behandling

Behandling som ikke er evidensbasert eller i tråd med anerkjent medisinsk praksis.

Behandlingsformer eller behandling som utøves av ikke-autorisert helsepersonell.

Eksperimentell eller utprøvende behandling; det vil si udokumentert behandling som ikke er basert på vitenskapelig kontrollerte kliniske studier og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig kartlagt. Forsikringen omfatter heller ikke komplikasjoner og andre følger av slik behandling.

Demenssykdommer

Utredning og behandling

Dialysebehandling

Fedme og vektrelaterte sykdommer

Utredning, behandling eller operasjon knyttet til vektrelaterte sykdommer, generalisert fedme eller lipødem. Unntatt er også tilstander som følge av overvekt og vektreduksjon.

Fertilitet, svangerskap og fødsel

Utredninger og behandlinger knyttet til barnløshet, prevensjon og abort.

Utredning, behandling og operasjon ved sterilisering og seksuell dysfunksjon.

Fosterdiagnostikk, oppfølging eller følgetilstander knyttet til svangerskap og fødsel eller utredninger og behandlinger knyttet til medfødte misdannelser.

Forebyggende behandling og rutinekontroller

Helsekontroller, rutinekontroller, gentester eller forebyggende behandling, vaksinasjoner; herunder allergivaksinasjoner. Unntatt er også anbefalt behandling som følge av resultatet av gentester eller andre predikative tester.

Kjente lidelser

Forsikringen dekker ikke behandling av sykdom/skade som den forsikrede kjente til eller har igangsatt behandling for på tegningstidspunktet.

Sykdommen/skaden kan allikevel bli vurdert dekket etter 3 måneder.

Ved flytting av avtalen fra et annet forsikringsselskap, gjelder reglene i FNOs flytteavtale.

Kjønnsbekreftelse

Kjønnsbekreftende utredning, behandling eller operasjon, samt følger av slik behandling.

Kosmetisk behandling eller kirurgi

Forsikringen omfatter ikke kosmetiske behandlinger og/eller operasjoner, herunder følger og komplikasjoner av tidligere utførte kosmetiske behandlinger/operasjoner.

Kroniske lidelser

Sykdom, skade eller lidelse med tilbakevendende behandlingsbehov, som ikke lar seg reversere.

Legeuttalelser og attester

Utgifter til legeuttalelser, attester og lisenser, diagnostiske tester og undersøkelser som ikke er medisinsk nødvendig.

Palliativ (lindrende) behandling

Proteser og implantater

Operasjoner eller behandling for å fjerne, erstatte eller vedlikeholde proteser eller andre implantater som var til stede da forsikringen trådte i kraft.

Psykiske lidelser og andre tilstander

Utredning og behandling, herunder innleggelse i institusjon av alvorlig psykisk sykdom som spiseforstyrrelser, psykoser og bipolare lidelser. Utredning og behandling av ME/CFS/Kronisk tretthetssyndrom. Utredning og behandling av atferdsforstyrrelser som ADD/ADHD, Aspergers syndrom, Tourette og andre alvorlige utviklingsforstyrrelser.

Rekreasjon

Rekreasjons-, kur- eller spaopphold eller pleie utover sykehus- og opptrening på institusjon.

Skade/sykdom som følge av misbruk

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

Smittsomme sykdommer og /eller epidemier

Behandling av skader og sykdommer som helt eller delvis, direkte eller indirekte, forårsakes av eller er en direkte følge eller forverres av, en sykdom som omfattes av smittevernloven eller som Verdens helseorganisasjon (WHO) har erklært som en epidemi eller pandemi.

Syn og Hørsel

Briller, linser, synstest, fokale linser, operative inngrep som synskorrigerende kirurgi og laserkirurgi med formål å korrigere brytningsfeil i øyet.

Behandling av hørselssvekkelse, herunder utgifter til høreapparat, implantat og tilpasning av slike.

Søvnproblemer

Utredning, behandling, operasjon og medisinsk utstyr til behandling av

søvnproblemer som snorking, søvnapnè og søvnforstyrrelser.

Tannbehandling

Utredning, behandling, kontroll eller operasjon av tenner, tannsykdom, tannskader hos tannlege, spesialisttannlege, kjeveortoped/-kirurg, tannpleier og tanntekniker, uansett årsak.

Transplantasjoner

Organdonasjoner, organ- og vevstransplantasjoner, herunder stamcellebehandling og komplikasjoner som følge av slike.

Uteblivelse og uforberedt oppmøte til undersøkelse/operasjon

Utgifter til konsultasjon, behandling eller operasjon når forsikrede ikke møter til avtalt tid eller avbestiller for sent ut i fra behandlingsstedets avbestillingsfrister.

Undersøkelse/operasjon dekkes ikke dersom forsikrede ikke har fulgt retningslinjene til forberedelser før operasjon, og følgelig ikke kan utredes/behandles/opereres ved oppmøte.

4 Erstatningsregler

4.1 Regler for melding av skade og dokumentasjon

4.1.1 Melding av skade

En forutsetning for erstatning er at Selskapets Medisinske Kundesenter alltid kontaktes før enhver behandling igangsettes.

Et forsikringstilfelle oppstår på det tidspunktet Selskapet har godkjent en skadesak og at skaden er meldt innenfor forsikringstiden.

4.1.2 Opplysningsplikt og dokumentasjon

Den som vil fremme krav mot Selskapet, skal gi Selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelige for ham eller henne, og som Selskapet trenger for å kunne ta stilling til kravet og utbetale

erstatningen. Tap og utgifter som Selskapet svarer for, må dokumenteres med originalbilag eller annen legitimert oppgave, jf. FAL § 18-1. Krav om dekning av utgifter må fremlegges for Selskapet innen ett år etter utført behandling.

4.1.3 Lege- og spesialisterklæring

Den forsikrede plikter å la seg undersøke av lege som har norsk autorisasjon. Hvis den forsikrede ikke oppfyller denne forpliktelsen, kan Selskapet stoppe enhver utbetaling av erstatning.

Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan medføre at erstatningen nedsettes eller bortfaller i henhold til FAL § 13-2. Den som gjør seg skyldig i svik mot Selskapet, taper enhver rett etter forsikringsavtalen.

Er vedkommende omfattet av flere forsikringsavtaler med Selskapet, tapes også retten til erstatning etter disse ved samme hendelse

4.1.4 Ansvarstid

Ansvarstiden, det vil si det tidsrommet Selskapet betaler behandling for en og samme sykdom, er ubegrenset fram til og med utgangen av den måneden den forsikrede fyller 67 år, dersom ikke annet fremgår av forsikringsbeviset.

En forutsetning er at forsikrede har en sammenhengende gyldig forsikring. Opphører forsikringen, opphører også ansvarstiden og også retten til mulig erstatning.

4.1.5 Skader som oppstår under behandling

Selskapet er ikke ansvarlig for skade som oppstår i forbindelse med utredning, behandling, rådgivning eller bruk av legemidler. Eventuelle krav rettes til behandler/sykehus.

5 Egenandel

Dersom egenandel er avtalt, fremgår dette av forsikringsbeviset.

6 Forsikringssum

Dersom øvre forsikringssum er avtalt, fremgår dette av forsikringsbeviset

7 Definisjoner*

Forebyggende

Sykdomsforebyggende arbeid er tiltak som har som mål å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødeligheten.

Forsikrede

Den som er omfattet av forsikringen, den hvis helse forsikringen er knyttet til

Forsikringstaker

Forsikringstaker er den som inngår forsikringsavtalen med Selskapet.

Forsikringstiden

Med forsikringstiden menes den perioden forsikringsavtalen er i kraft. For den enkelte ansatte menes med forsikringstiden den perioden vedkommende tilhører den gruppen forsikringsavtalen omfatter.

Garantitid

Garantitiden er den maksimale tiden forsikrede må vente på behandling som er dekket av forsikringen og godkjent av Selskapet.

Garantitiden begynner å løpe fra det tidspunkt skade er meldt og behandling godkjent av Selskapet.

Dersom garantitiden ikke overholdes, kan forsikrede be om en kompensasjon på kroner 500 per virkedag fra utløpet av garantitiden, inntil 30 virkedager.

Garantitiden gjelder ikke hvis behandlingen må utsettes på grunn av 1) ferieavvikling ved behandlingsstedet eller 2) forhold utenfor Selskapets eller behandlingsstedets kontroll eller 3) medisinske årsaker.

Garantitiden gjelder ikke ved behandling utenfor Selskapets medisinske nettverk.

Henvisning

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

Skandinavia

Med Skandinavia menes i dette vilkåret Norge (med unntak av Svalbard), Sverige

og Danmark (med unntak av Grønland og Færøyene).

Virkedager

Med virkedager menes i dette vilkåret alle dager med unntak av lørdag og søndag, helligdager etter helligdagsfredsloven § 2, samt 1. og 17. mai.



Generelle vilkår

Gjelder fra 01.01.2025

Disse generelle vilkårene gjelder i tillegg til produktvilkårene for samtlige forsikringer i Euro Accident Liv.

I tillegg gjelder:

- Teksten i forsikringsbeviset
- Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 (FAL)
- Lov om yrkesskedeforsikring av 16. juni 1989
- Forskrift til yrkesskedeforsikringsloven av 13. oktober 1969
- Lov om skadeserstatning av 13. juni 1969
- Det øvrige lovverk

Produktvilkårene gjelder foran generelle vilkår. Teksten i forsikringsbeviset gjelder foran forsikringsvilkårene. Forsikringsbeviset og forsikringsvilkårene gjelder foran lovbestemmelser som kan fravikes.

Forsikringene er dekket i Euro Accident Liv NUF, heretter omtalt som «Selskapet».

Innhold

1	Forsikringens ikrafttredelse	3
2	Hvem som kan bli medlem	3
3	Krav til erklæring om helse (gjelder for produktene 300 Annen sykdom, 400 Gruppeliv, 600-604 Behandlingsforsikring, 700 Sykelønn og 800 Kritisk Sykdom).....	3
3.1	Ved opprettelse av ny forsikringsavtale	3
3.2	Ved overtakelse av eksisterende forsikringsavtale fra annet forsikringsselskap	3
4	Innmelding av nye arbeidstakere/ending i antall forsikrede	3
4.1	For forsikringsordninger med medlemsfortegnelse, dvs. der Selskapet registrerer navn og personopplysninger om hver forsikret, gjelder følgende.....	3
4.2	For forsikringsordninger uten medlemsfortegnelse, dvs. der Selskapet bare registrerer antall arbeidstakere, gjelder følgende	4
5	Forsikringstakers og forsikredes opplysningsplikt	4
5.1	Konsekvenser av svik og av å gi uriktige opplysninger	4
6	Premie.....	4
6.1	Premieberegning	4
6.2	Premiebetaling	5
7	Rett til fremtidige endringer i forsikringsvilkår og premier	5
8	Fornyelse av forsikringen	5
9	Forsikringens opphør	5
9.1	Forsikringstakers rett til å si opp forsikringen i forsikringstiden	5
9.2	Informasjon til arbeidstakere ved opphør av forsikringen	5
9.2.1	Informasjon til arbeidstakere som trer ut av forsikringen – forsikring med medlemsfortegnelse.....	6
9.2.2	Informasjon til arbeidstakere som trer ut av forsikringen – forsikring uten medlemsfortegnelse.....	6
9.3	Premieberegning når forsikringen opphører i forsikringstiden.....	6
9.4	Premieberegning ved opphør som følge av manglende premiebetaling	6
10	Uttredelse av forsikringen	6
10.1	Forsikredes rett til fortsettelsesforsikring (gjelder produktene 300 Annen sykdomsforsikring, 400 Gruppelivsforsikring og 600-604 Behandlingsforsikring)	7
11	Databeskyttelse.....	7
12	Særlige begrensninger i selskapets ansvar (gjelder ikke der lov om yrkesskadeforsikring er i kraft)	7
12.1	Jordskjelv og vulkanske utbrudd i Norge	8
12.2	Krig eller krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller liknende i Norge.....	8
12.3	Krig eller krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller lignende utenfor Norge	8
12.4	Atomskade.....	8
12.5	Terrorhandlinger og masseforstyrrelse	8
12.6	Force Majeure	8
13	Selskapets regressadgang.....	9
14	Overdragelse og pantsettelse	9
15	Lovvalg og verneting.....	9
16	Tvister	9

1 Forsikringens ikrafttredelse

Dersom ikke annet er avtalt begynner Selskapets ansvar å løpe kl. 00.00 på den dato forsikringsavtalen er inngått, angitt som "gjelder fra-dato" i forsikringsbeviset, jf. FAL § 12-2 (ansvarstiden).

2 Hvem som kan bli medlem

Forsikringen kan omfatte samtlige ansatte hos arbeidsgiver eller definerte grupper av ansatte.

En arbeidstaker som ansettes hos arbeidsgiver og som fyller vilkårene for medlemskap i forsikringen, opptas som medlem fra første arbeidsdag i foretaket. Arbeidstaker som ikke er 100 % arbeidsfør på den tid arbeidstakeren ellers skulle opptas som medlem, skal først bli medlem av forsikringen når arbeidstakeren begynner å utføre sitt vanlige arbeid uten innskrenkninger.

Ved inntredelse i forsikringen kreves det at arbeidstaker (forsikrede) er 100 % arbeidsfør. Dette gjelder også ved økning av forsikringssummen eller annen utvidelse av forsikringsdekningen. For å anses som 100 % arbeidsfør skal man kunne utføre sitt vanlige arbeid uten innskrenkninger, og ikke motta sykelønn, sykepenger, rehabiliteringspenger eller noen form for uførepensjon. Forsikrede må være medlem av norsk folketrygd.

For produktene Yrkesskade, Fritidsulykke og Kollektiv ulykke stilles ingen krav om arbeidsdyktighet.

Forsikringen er obligatorisk, dvs. det er ikke anledning til å reservere seg mot medlemskap.

3 Krav til erklæring om helse

(gjelder for produktene 300 Annen sykdom, 400 Gruppeliv, 600-604 Behandlingsforsikring, 700 Sykelønn og 800 Kritisk Sykdom)

3.1 Ved opprettelse av ny forsikringsavtale

Selskapet kan stille krav om helseerklæring etter avtale med forsikringstaker.

3.2 Ved overtakelse av eksisterende forsikringsavtale fra annet forsikringsselskap

Ved overtakelse av en forsikring fra et annet forsikringsselskap hvor det er avgitt egenerklæring om helsen, overtas forsikringen med de helsebedømmelser, reservasjoner og evt. avslag gitt av tidligere forsikringsselskap, uavhengig av antall medlemmer. Medlemmer som har søknad til vurdering i avgivende forsikringsselskap, tas opp på bakgrunn av dette forsikringsselskapets helsevurdering.

4 Innmelding av nye arbeidstakere/endring i antall forsikrede

4.1 For forsikringsordninger med medlemsfortegnelse, dvs. der Selskapet registrerer navn og personopplysninger om hver forsikret, gjelder følgende:

Ansatte som oppfyller vilkårene for medlemskap tas opp som medlem av forsikringsordningene fra første arbeidsdag hos forsikringstaker, jf. pkt. 2. Forsikringstaker skal gi Selskapet melding om nyansettelser og fratredelser fortløpende, senest én måned etter ansettelsesdato, slik at Selskapet skal

kunne registrere endringene, sende ut forsikringsbevis og avregne premien, jf. FAL 19-5 (når selskapets ansvar begynner å løpe).

4.2 For forsikringsordninger uten medlemsfortegnelse, dvs. der Selskapet bare registrerer antall arbeidstakere, gjelder følgende:

Forsikringstaker skal føre oversikt over hvem som til enhver tid er forsikret. Selskapet registrerer bare antall medlemmer, jf. pkt. 2.

Forsikringstaker skal én gang årlig – senest 90 dager før forsikringens fornyelsesdato – sende Selskapet en oversikt over antall arbeidstakere, med stillingsbrøk, slik at forsikringsavtalen inneholder korrekt antall forsikrede på fornyelsestidspunktet. Oversikten skal angi når de nyansatte begynte hos arbeidsgiver og sluttdato for ansatte som har sluttet. Den ansatte er omfattet av forsikringene fra første arbeidsdag hos forsikringstaker, forutsatt at vedkommende fyller vilkårene for medlemskap, jf. punkt 2.

Det vil ikke bli foretatt omberegning av premien i løpet av forsikringsåret med mindre antall ansatte endrer seg med +/- 10 %. I slikt tilfelle plikter forsikringstaker å informere Selskapet uten ugrunnet opphold, slik at Selskapet kan omberegne premien. Oversikten som er nevnt i dette avsnittet danner grunnlag for den forsikringspremien som beregnes for neste forsikringsperiode.

5 Forsikringstakers og forsikredes opplysningsplikt

Selskapet kan ved forsikringens ikraftttredelse og ved enhver senere utvidelse eller endring be forsikrede og forsikringstaker om opplysninger som kan ha betydning for Selskapets risikovurdering, jf. FAL § 13-1 a.

Arbeidsgiver og arbeidstaker skal gi riktige og fullstendige svar på Selskapets spørsmål. De skal også på eget initiativ gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for Selskapets vurdering av risikoen.

Ved yrkesskadeforsikring og kollektiv ulykke i arbeidstiden er premien fastsatt på grunnlag av forsikredes arbeid / yrke. Ved endring av forsikredes arbeid / yrke skal Selskapet underrettes. Det samme gjelder hvis forsikrede reiser til, eller tar opphold i, områder hvor det foregår krigshandlinger eller krigslignende politiske uroligheter. Dette for at Selskapet skal kunne avgjøre om, og til hvilken premie, forsikringen kan opprettholdes.

5.1 Konsekvenser av svik og av å gi uriktige opplysninger

Den som gjør seg skyldig i svik mot Selskapet, taper enhver rett etter forsikringsavtalen og etter andre forsikringsavtaler med selskaper i anledning samme hendelse, jf. FAL § 13-2. Selskapet kan også si opp alle forsikringsavtaler som er inngått med den som har gjort seg skyldig i svik mot Selskapet, jf. FAL § 13-3.

Den som har gjort seg skyldig i svik mot Selskapet har heller ikke rett på å få tilbakebetalt premie for allerede medgått forsikringstid, jf. FAL § 18-1.

Blir opplysningsplikten ikke oppfylt, kan Selskapets ansvar nedsettes eller falle bort, jf. FAL §§13-2 til 13-4. I visse tilfelle kan Selskapet si opp forsikringen, jfr. pkt. 9.2.

6 Premie

6.1 Premieberegning

Premien beregnes for ett forsikringsår av gangen i henhold til Selskapets gjeldende premietariffer.

Hvilke forsikringer som er valgt fremgår av forsikringsbeviset.

6.2 Premiebetaling

Forsikringstakeren skal betale premien forskuddsvis til Selskapet. Første premie forfaller til betaling på den datoen som er angitt i betalingsvarselet. Blir premien ikke betalt i rett tid, vil Selskapet sende et annen gangs varsel, med betalingsfrist på minst 14 dager. Dersom innbetaling ikke skjer innen den angitte fristen, vil Selskapets ansvar opphøre iht. bestemmelsene i FAL § 14-2. Dersom en premie blir betalt etter opphørstidspunktet, anses betalingen som anmodning om ny forsikring.

Ved for sen betaling plikter forsikringstaker å betale renter av premien, jf. lov om renter ved forsinket betaling av 1. desember 1976 nr.100.

7 Rett til fremtidige endringer i forsikringsvilkår og premier

Selskapet kan ved hver årlige fornyelse (hovedforfall) av forsikringene gjennomføre endringer i premier og forsikringsvilkår, jf. FAL §§12-7 og 19-8.

Ved forsikringer hvor forsikringssummen er angitt i antall G (G=grunnbeløpet i folketrygden), vil premien endres automatisk med den %-vise reguleringen av grunnbeløpet hvert år.

Senest én måned før utgangen av et forsikringsår kan Selskapet kreve at forsikringsvilkår og premietariff blir endret med virkning fra hovedforfall i påfølgende forsikringsår.

8 Fornyelse av forsikringen

Forsikringsavtalen er bindende i avtalt forsikringstid, normalt ett år.

Forsikringer som gjelder for ett år eller mer fornyes automatisk med ett år ved

utløpet av forsikringstiden. Dette gjelder ikke hvis det er uttrykkelig avtalt at forsikringen skal opphøre ved utløpet av forsikringstiden eller dersom forsikringstaker eller Selskapet varsler om at forsikringen skal opphøre.

Forsikringstaker må varsle Selskapet om at forsikringen ikke skal fornyes automatisk innen forsikringstidens utløp, jf. FAL § 12-8.

Dersom Selskapet ikke ønsker å fornye forsikringen plikter Selskapet å varsle forsikringstaker om dette minst 2 måneder før forsikringstidens utløp, jf. FAL § 12-9.

9 Forsikringens opphør

9.1 Forsikringstakers rett til å si opp forsikringen i forsikringstiden

Hvis ikke annet er avtalt, har forsikringstakeren rett til å si opp forsikringen med virkning fra forsikringsårets utløp, jf. FAL § 19-6.

Hvis Selskapet krever at forsikringens vilkår, bestemmelser og/eller premietariff skal endres ved utløpet av et forsikringsår, kan forsikringstaker si opp avtalen innen én måned etter at premievarsel er sendt, jf. FAL § 12-8.

9.2 Informasjon til arbeidstakere ved opphør av forsikringen

Hvis forsikringstaker eller Selskapet sier opp forsikringen, eller unnlater å fornye forsikringsavtalen, eller Selskapets ansvar opphører på grunn av manglende premiebetaling, skal arbeidstakerne varsles ved skriftlig melding eller på annen forsvarlig måte. For den enkelte arbeidstaker opphører forsikringen i så fall tidligst én måned etter at varsel er gitt eller arbeidstakeren på annen måte er blitt kjent med forholdet.

Ved forsikringstilfeller som Selskapet svarer for etter dette punkt, vil det bli gjort fradrag i erstatningen i den

utstrekning vedkommende i mellomtiden er kommet inn under en tilsvarende forsikring og får erstatning etter den.

9.2.1 Informasjon til arbeidstakere som trer ut av forsikringen – forsikring med medlemsfortegnelse

I en forsikring der Selskapet fører medlemsfortegnelse over de forsikrede og en arbeidstaker trer ut av den gruppe som forsikringsavtalen omfatter, opphører forsikringen for arbeidstakeren 14 dager etter at skriftlig påminnelse er sendt fra Selskapet eller forsikringstaker. Dersom slik påminnelse ikke blir sendt, opphører likevel forsikringen for arbeidstakeren to måneder etter at vedkommende trådte ut av gruppen.

Ved forsikringstilfeller som Selskapet svarer for etter dette punkt, vil det bli gjort fradrag i erstatningen i den utstrekning vedkommende i mellomtiden er kommet inn under en tilsvarende forsikring og får erstatning etter den.

9.2.2 Informasjon til arbeidstakere som trer ut av forsikringen – forsikring uten medlemsfortegnelse

I en forsikring uten medlemsfortegnelse (selvadministrert ordning), og en arbeidstaker trer ut av den gruppe som forsikringen omfatter, opphører forsikringen to måneder etter at medlemmet trådte ut av gruppen.

Hvis forsikringstaker eller selskapet sier opp forsikringen, eller unnlater å fornye forsikringsavtalen, eller selskapets ansvar opphører på grunn av manglende premiebetaling, skal arbeidstakerne varsles ved skriftlig melding eller på annen forsvarlig måte. For den enkelte arbeidstaker opphører forsikringen i så fall tidligst én måned etter at varsel er gitt eller arbeidstakeren på annen måte er blitt kjent med forholdet.

Dersom arbeidsgiver unnlater å varsle medlemmene, og Selskapet påføres et tap som følge av arbeidsgivers unnlatelse, kan Selskapet søke regress mot arbeidsgiver.

Ved forsikringstilfeller som Selskapet svarer for etter dette punkt, vil det bli gjort fradrag i erstatningen i den utstrekning vedkommende i mellomtiden er kommet inn under en tilsvarende forsikring og får erstatning etter den.

9.3 Premieberegning når forsikringen opphører i forsikringstiden

Hvis forsikringen opphører i forsikringsåret, tilbakebetales premie tilsvarende det antall måneder som gjenstår av forsikringsåret og som det er betalt premie for, regnet fra det tidspunkt Selskapets ansvar opphørte.

9.4 Premieberegning ved opphør som følge av manglende premiebetaling

Dersom forsikringen opphører som følge av manglende premiebetaling, beregnes premie pro rata for den tid forsikringen har vært i kraft.

10 Uttredelse av forsikringen

Hvis ikke annet er avtalt, trer den enkelte ut av forsikringen når vedkommende fyller 67 år. Det kan avtales senere tidspunkt for uttredelse av forsikringen. Dersom slik avtale er inngått, vil det fremkomme i forsikringsbeviset.

De forsikrede trer også ut av forsikringen når:

- Forsikringen opphører
- Arbeidstager (medlemmet) ikke lenger tilhører den gruppe som er omfattet av forsikringen

Uttredelse for medforsikret ektefelle / samboer og eventuelt barn skjer samtidig som arbeidstakeren trer ut.

Permitterte er fortsatt ansatt og kan stå i forsikringen i inntil 6 måneder. Det kan avtales at permitterte skal være dekket ut over 6 måneder eller for kortere tid.

Hvis den forsikrede er ervervsufør i en grad som etter avtalen kan gi rett til ervervsuførhetserstatning, kan vedkommende ikke meldes ut av forsikringen før spørsmålet om rett til ervervsuførhetserstatning er avgjort.

For øvrig gjelder bestemmelsene i punkt 9 ved uttreden av forsikringen som følge av at den ansatte forlater gruppen forsikringen omfatter eller at forsikringen opphører.

10.1 Forsikredes rett til fortsettelsesforsikring (gjelder produktene 300 Annen sykdomsforsikring, 400 Gruppelivsforsikring og 600-604 Behandlingsforsikring)

Når forsikringen opphører for forsikrede av annen grunn enn alder eller uførhet, har forsikrede rett til å fortsette forsikringsforholdet med individuell premieberegning og uten å avgi egenerklæring om helse. Forsikredes rett til fortsettelsesforsikring omfattes av FAL § 19-7 og fremkommer av forsikrings-/medlemsbeviset. Selskapets grunnprodukt vil gjelde for fortsettelsesforsikring for Behandlingsforsikring, uten eventuelle spesialtilpasninger på avtale fra tidligere arbeidsgiver. Forsikrede må benytte seg av denne muligheten innen seks måneder etter at Selskapets ansvar er bortfalt.

Ved forsikringsavtale uten medlemsfortegnelse, plikter arbeidsgiver å varsle medlemmer som trer ut av avtalen om mulighet til å tegne fortsettelsesforsikring jf. Punkt 9.2.2.

Retten til fortsettelsesforsikring gjelder ikke når forsikringen overføres til annet forsikringsselskap.

11 Databeskyttelse

Behandling av personopplysninger er nødvendig for at Selskapet skal kunne tilby opptak i forsikringsordningen.

Alle personopplysninger som medlemmet frivillig gir fra seg vil bli behandlet i samsvar med de strengeste standardene for sikkerhet og konfidensialitet og i full overensstemmelse med alle gjeldende lover og regler vedrørende behandling av personopplysninger.

Selskapet samler ikke inn personopplysninger utover den informasjon som medlemmet frivillig gir fra seg (for eksempel ved å sende Selskapet en e-post eller fylle ut en forsikringsforespørsel), eller der medlemmet gir fullmakt til at Selskapet kan samle inn slik informasjon.

Samtlige personopplysninger medlemmet gir fra seg på denne måten, vil utelukkende bli brukt i samsvar med formålet med innsamlingen. For ytterligere informasjon se vår hjemmeside www.euroaccident.no om personvern eller ta kontakt med Euro Accident.

Medlemmet kan benytte seg av sin rett til å få tilgang til, korrigere, komme med innvendinger mot eller slette personopplysninger ved å skrive til Selskapet.

12 Særlige begrensninger i selskapets ansvar

(gjelder ikke der lov om yrkesskadeforsikring er i kraft)

Selskapet svarer ikke for tap eller skade som direkte eller indirekte er en følge av eller står i sammenheng med:

12.1 Jordskjelv og vulkanske utbrudd i Norge

Som Norge regnes også i denne sammenheng den norske kontinentalsokkel og Svalbard.

Denne begrensingen gjelder i den utstrekning det ikke er uttrykkelig presisert i produktvilkåret at den er fraveket.

12.2 Krig eller krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller liknende i Norge

Forsikringen gjelder ikke for forsikringstilfeller som har forbindelse med krig, krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller lignende i Norge.

12.3 Krig eller krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller lignende utenfor Norge

Forsikringen gjelder ikke for forsikringstilfeller som har forbindelse med krig, krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller lignende i land eller områder utenfor Norge.

Besøker den forsikrede land eller områder utenfor Norge der krig, krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller lignende, bryter ut under besøket, gjelder forsikringen likevel i de første fire ukene av oppholdet under forutsetning av at den forsikrede ikke på noen måte deltar i, eller rapporterer fra krigen, de krigslignende politiske urolighetene eller den væpnede konflikten. Dette gjelder likevel ikke i land eller områder som Utenriksdepartementet (UD) fraråder å reise til på grunn av krig, krigslignende politiske uroligheter, væpnet konflikt eller lignende.

12.4 Atomskade

Atomkjernereaksjoner, ioniserende stråling, kjernebrennstoff eller radioaktiv giftig eller annen farlig egenskap ved kjernelagrede sprengladninger, uansett årsak, fra atomsubstans (se atomenergiloven av 12.mai 1972 nr. 28 § 1c og h).

Unntaket gjelder ikke bruk av radioisotoper som er angitt i lovens § 1 c, og som er lovlig i samsvar med lov om strålevern og bruk av stråling av 12. mai 2000. Denne begrensing gjelder i den utstrekning det ikke uttrykkelig er presisert i forsikringsbeviset at den er fraveket.

12.5 Terrorhandlinger og masseforstyrrelse

Forsikringen gjelder ikke for forsikringstilfeller som har forbindelse med terrorhandling som forårsakes ved bruk av masseødelegglesesvåpen i form av biologiske, kjemiske eller nukleære stoffer i eller utenfor Norge.

Med terrorhandling forstås en handling gjennomført av én person, eller gruppe av personer, med politiske, religiøse, ideologiske eller lignende motiver, med den hensikt å påvirke regjeringer eller å utsette allmenheten eller deler av allmenheten for fare. Terrorhandling kan også omfatte, men ikke begrenses til, den faktiske anvendelsen av makt, vold eller trussel om slik handling. Den som står bak handlingen kan enten handle individuelt, på oppdrag av, eller i samarbeide med en annen organisasjon eller regjering.

12.6 Force Majeure

Forsikringen gjelder ikke for tap som kan oppstå som følge av at en vurdering om rett til erstatning, skadebehandling eller utbetaling av erstatning forsinkes eller blir umulig å gjennomføre på grunn av krig, krigslignende handlinger, borgerkrig, revolusjon, opprør, myndighetenes tiltak

for å forhindre dette, naturkatastrofer, streik, lockout, blokade eller lignende hendelser.

13 Selskapets regressadgang

Kan forsikringstaker eller forsikrede forlange at tredjemann erstatter skaden, inntre Selskapet i forsikringstakers rett mot tredjemann ved utbetaling av erstatning jfr. lov om skadeserstatning § 3-7 nr. 3 og lov om yrkesskadeforsikring § 8. Forsikrede (skadelidte) og forsikringstaker skal gi Selskapet alle opplysninger som er tilgjengelige for dem og som er av betydning for gjennomføringen av Selskapets regressadgang.

Hvis forsikringstakeren ikke overholder sine plikter i henhold til den avtale som er inngått mellom forsikringstakeren og Selskapet, og Selskapet likevel er forpliktet til å utbetale forsikringssum ved forsikringer som omfatter medisinsk invaliditet, uførhet eller død, kan Selskapet søke regress hos forsikringstakeren.

14 Overdragelse og pantsettelse

Det er ikke anledning til å overdra eller pantsette forsikringene.

15 Lovvalg og verneting

Norsk lovgivning gjelder for forsikringsavtalen i den utstrekning dette ikke er i strid med lov av 27. november 1992 nr. 111 om lovvalg i forsikring, eller det er gjort annen avtale.

Tvister som gjelder forsikringsavtalen skal avgjøres ved norske domstoler, med mindre det er i strid med ufravikelige regler i gjeldende lovgivning eller det er gjort annen avtale.

16 Tvister

Klager vedrørende forsikringsavtalen og oppgjør under denne skal i første omgang rettes til Selskapet:

Euro Accident Liv
Tlf: 22 42 42 45

Nettside: www.euroaccident.no

Dersom tvisten ikke lar seg løse, kan hver av partene kreve saken forelagt klageorganet, jf. FAL § 22-2.

Finansklagenemnda
Postboks 53, Skøyen
0212 Oslo
Tlf: 23 13 19 60
E-post: post@finkn.no