

Best Doctors – Forsikringsvilkår

Definisjoner

"Alternativ medisin" Medisinske systemer og helsesystemer, sedvaner og produkter som på nåværende tidspunkt ikke regnes som skolemedisin eller standardbehandling, inkludert, men ikke begrenset til, akupunktur, aromaterapi, kiropraktikk, homeopati, naturmedisin og osteopati.

"Barn" Ugift barn av forsikringstakeren eller forsikringstakerens partner (herunder barn utenfor ekteskapet, stebarn og barn som er lovlig adoptert), som ved tegning av forsikringen ikke har fylt 18 år, og som forsikringstakeren eller forsikringstakerens partner forsørger og har omsorg for. Begrepet "barn" innbefatter også at barnets hoved bosted skal være hos forsikringstakeren, med mindre forsikringsselskapet godkjenner andre ordninger. Som barn regnes også den som ved tegning av forsikringen har fylt 18, men ikke 35 år, og som ellers oppfyller definisjonen ovenfor samt studerer på heltid.

"Best Doctors" Best Doctors Services S.L.U., en del av Best Doctors Inc., en tjenestebedrift som tilbyr følgende medisinske tjenester som er koplet til forsikringen: InterConsultation™ og FindBestCare®.

"Bosatt i Norge" Som bosatt i Norge regnes, i henhold til denne forsikringen, den

- som har fast adresse i Norge
- som har oppholdt seg på norsk territorium i en periode som overstiger 183 dager de siste tolv kalendermånedene
- som har sitt liv og levnet i Norge

"Cerebralt syndrom" Det å ha en cerebral sykdom eller skade i hjernen som resulterer i delvis eller fullstendig svekkelse av hjernefunksjonene.

"Dag for ikrafttredelse" Den dagen beskyttelsen begynner å gjelde i henhold til forsikringsbeviset.

"Dag for opphør" Den dagen beskyttelsen innenfor rammen av forsikringen forfaller og opphører å gjelde i henhold til forsikringsbeviset.

"Eksperimentell behandling" Behandlinger, fremgangsmåter, kurer, utstyr, legemidler og farmasøytiske produkter som er tiltenkt medisinsk eller kirurgisk bruk, men som ikke er godkjent som sikre, effektive eller egnede for behandling av sykdommer eller kroppslige skader av de ulike vitenskapelige organisasjonene som anerkjennes av det internasjonale medisinske miljøet, eller som gjennomgår studier, forskning, testing eller er i noen fase av kliniske forsøk.

"Forsikrede" Den personen som er angitt i forsikringsbeviset og som forsikringen er tegnet for, og som drar nytte av rettighetene i denne avtalen, men som også skal oppfylle pliktene i avtalen ved forsikringstakerens fravær/forsømmelse.

"Forsikringen" Den skriftlige dokumentasjonen som spesifiserer vilkårene for forsikringsavtalen, deriblant disse generelle forsikringsvilkårene, søknadsblanketten, helseerklæringen og forsikringsbeviset, i tillegg til eventuelle bilag eller vedlegg som ved behov kan inkluderes for å endre eller modifisere disse dokumentene.

"Forsikringsbeløp" Det høyeste erstatningsbeløpet som kan utbetales i henhold til forsikringsbeviset ved sykdom eller medisinsk behandling som omfattes av forsikringen, i henhold til punkt 5 i disse forsikringsvilkårene.

"Forsikringsbevis" Dokument som er en del av forsikringen, og som inneholder opplysninger om forsikrede og forsikringstakeren, navn på eventuelle personer som omfattes av forsikringen, i tillegg til forsikringsbeløp, premie og dag for ikrafttredelse og opphør.

"Forsikringsselskap" Juridisk person som tar på seg risikoen i henhold til vilkårene i forsikringsavtalen, i dette tilfelle AmTrust Europe Limited.

"Forsikringstaker" Den personen som søker om forsikringen og godtar vilkårene, og som er rettslig forpliktet til å oppfylle pliktene i forsikringen, med unntak av de pliktene som på grunn av sin natur påligger forsikrede.

"Helseerklæring" Blankett som fylles ut og undertegnes av forsikrede før forsikringen tegnes. Utgjør grunnlaget for forsikringsselskapets risikoanalyse. Når det gjelder mindreårige, kan blanketten fylles ut og undertegnes av forsikringstakeren eller av forsikredes foresatte.

"Helsetilstand ved tegning" Eventuelle sykdommer hos forsikrede som har blitt diagnostisert, behandlet eller vist relaterte medisinske dokumenterte symptomer de siste ti årene før dagen for ikrafttredelse.

"Ikke-invasiv cancer eller cancer in situ" Ondartet tumor som er begrenset til epitelet der den oppsto, og som ikke har angrepet stroma eller omkringliggende vev. En ondartet tumor in situ, diagnostisert på et tidlig stadium, med en god prognose hvis den fjernes helt.

"InterConsultation" En strukturert prosess der man får en ny medisinsk vurdering, basert på en grundig gjennomgang av forsikredes medisinske informasjon og aktuelt diagnostisk materiale, av en anerkjent medisinsk ekspert i verdensklasse. Denne tjenesten leveres av Best Doctors.

"Kardiologkonsulent" Lege som har spesialisert seg på sykdommer i hjerte- og karsystemet.

"Kirurgi" Alle operasjoner der formålet er diagnostikk eller behandling som utføres gjennom snitt eller på annen innvortes måte av en kirurg på et sykehus, og som vanligvis foregår i en operasjonsstue.

"Kroppslig skade" Skade som inntreffer på forsikredes kropp.

"Lege" Person som har autorisasjon til å jobbe som lege.

"Legemiddel" Et stoff eller en kombinasjon av stoffer som kan brukes av eller gis til forsikrede enten for å gjenopprette, korrigere eller forandre fysiologiske funksjoner gjennom farmakologisk, immunologisk eller metabolsk virkning, eller for å stille en medisinsk diagnose som bare kan stilles ved hjelp av forskrivning av lege og ekspedering av farmasøyt med lisens.

En forskrivning av et originallegemiddel gjelder for et generisk legemiddel som har samme virkestoff, styrke og doseringsform som originallegemidlet.

"Medisinsk forhåndsbekreftelse" Skriftlig godkjenning, utarbeidet av Best Doctors og/eller av forsikringsselskapet, som inneholder en bekreftelse på at tjenestene omfattes av forsikringen, før de utføres på angitt sykehus utenfor det landet der forsikrede er bosatt, for behandling, tjenester, nødvendigheter eller forskrivninger som gjelder en skade.

"Medisinsk nødvendig" Helsetjenester og medisinske nødvendigheter

- som er nødvendige for å oppfylle forsikredes grunnleggende helsebehov, og som ikke er for den forsikredes eller dennes leges bekvemmelighet,
- som leveres på medisinsk best egnet måte, i et miljø som er egnet for levering av helsetjenesten, og som tar hensyn både til kvaliteten på pleien og kostnadene den medfører,
- som er i samsvar med akseptable retningslinjer fra organisasjoner og statsorganer innenfor områdene medisin, forskning og helse,
- som er forenlige med diagnosen for tilstanden eller sykdommen, og
- som beviselig er
 - sikre og effektive for å behandle eller diagnostisere tilstanden eller sykdommen, eller
 - sikre for å behandle en livstruende tilstand eller en livstruende sykdom i et klinisk kontrollert forskningsmiljø.

"Partner" Forsikringstakerens ektefelle eller partner, registrert partner eller samboer i henhold til definisjonen i 28a § Lov om arv (LOV-1972-03-5) som ved tidspunkt for tegning av forsikringen har fylt 18, men ikke 65 år.

"Premie" Prisen for forsikringen, det beløpet som skal betales til forsikringsselskapet. Betalingsterminene er angitt i forsikringsbeviset. Premien inkluderer eventuelle skatter og avgifter.

"Protese" En innretning som helt eller delvis erstatter et organ, eller som helt eller delvis erstatter en funksjon hos en del av kroppen som fungerer dårlig eller ikke fungerer i det hele tatt.

"Sykdom" Alle forandringer i en persons helsetilstand, som diagnostiseres og bekreftes av en lege og som ikke er forårsaket av en ulykke. En sykdom anses å være alle kroppslige skader og konsekvenser som har utspring i samme diagnose, for eksempel alle kramper som skyldes samme omstendighet eller

relaterte omstendigheter. Hvis en krampe har utspring i samme omstendighet som førte til en tidligere sykdom eller en relatert omstendighet, anses sykdommen å være en fortsettelse av den tidligere sykdommen og ikke en separat sykdom.

"Sykehus" En privat eller offentlig organisasjon som har autorisasjon til å gi medisinsk behandling for sykdom og kroppslig skade, utstyrt med materielle/tekniske hjelpemidler og kvalifisert personale for å stille diagnoser og utføre kirurgiske inngrep, med leger og medisinsk personale til stede døgnet rundt. Termen "sykehus" omfatter ikke: psykiatriske sykehus, institusjoner der man først og fremst behandler psykiatriske eller psykiske lidelser eller sentre for rehabilitering, rekonvalesens eller palliativ pleie.

"Sykehusopphold" Opphold i minst 24 sammenhengende timer på et sykehus.

"Skade" Diagnose av en sykdom eller en medisinsk behandling som omfattes av forsikringen før disse bekreftes gjennom tjenesten InterConsultation.

"Søknadsblankett" Blankett som den forsikrede og/eller forsikringstakeren må fylle ut for å søke om forsikringen.

"Terrorhandling" En handling som inkluderer, men som ikke er begrenset til, bruk av vold og/eller trusler om bruk av vold, som begås av en person eller av en eller flere grupper av personer, uansett om de handler på egen hånd eller på oppdrag av eller i samarbeid med en eller flere organisasjoner eller regjeringer av politiske, religiøse, ideologiske eller lignende formål, omfatter også intensjoner om å påvirke en regjering og/eller skape redsel i allmennheten eller i deler av denne, eller bruk av biologiske, kjemiske, radioaktive eller kjernefysiske midler, materialer, våpen eller utstyr.

"Unntak" Dette er en situasjon eller et vilkår som det blir bestemt at ikke skal omfattes av forsikringen, og som forsikringsselskapet ikke er forpliktet til å betale for ved en eventuell skade.

"Ytelser" Tjenestene og forsikringsbeskyttelsen den forsikrede har rett på i henhold til denne forsikringen.

1. Forsikringstaker

Forsikringstaker er, i henhold til denne forsikringen, en person som ved tidspunktet for tegning av forsikringen har fylt 18, men ikke 65 år og er permanent bosatt i Norge, og som har tegnet forsikringen i henhold til det som er nærmere angitt i punkt 4.

2. Forsikrede

Forsikrede er, i henhold til denne forsikringen, forsikringstakeren samt partner eller barn som det betales tilleggspremie for, og som er navngitt i forsikringsbeviset.

3. Hvor gjelder forsikringen?

Forsikringen gjelder utenfor Norge, med unntak av legemiddelkostnadene som omfattes av punkt 6, avsnitt xiv.

4. Når gjelder forsikringen?

Hver forsikringsperiode omfatter 12 måneder. Forsikringen gjelder døgnet rundt, både i arbeidstiden og på fritiden.

Forsikringen gjelder

- fra dagen etter den dagen forsikringstakeren søker om forsikring skriftlig eller per telefon, eller
- fra en senere dag som forsikringstakeren har angitt at forsikringen skal begynne å gjelde.

For at søknaden skal anses som levert, kreves det at søknadsdokumentet er fullstendig fylt ut og underskrevet, og at helseerklæringen er sendt i posten eller har blitt levert til godkjent representant for forsikringsgiveren. Hvis forsikringen tegnes over telefon, anses det at opplysningene som er gitt, blir bekreftet som fullstendige og korrekte ved betaling av forsikringspremien.

Hvis noen av opplysningene er uriktige eller ufullstendige, gjelder bestemmelsene i forsikringsavtaleloven.

Forsikringen fornyes automatisk til å gjelde for ytterligere forsikringsperioder på 12 måneder om gangen hvis ikke forsikringstakeren eller forsikringsgiveren har sagt opp forsikringen før forsikringsperiodens utløp (se under punkt 11.1 om oppsigelse av forsikringen). Premien for perioden baseres på forsikredes nye alder ved tidspunktet for forlengelsen.

Forsikringssselskapet forbeholder seg retten til å endre følgende forsikringsvilkår i forbindelse med hver fornyelse:

- Premie for hvert aldersintervall.
- Forsikringsbeløp og begrensninger i forsikringsbeviset.
- Nivået på og typen beskyttelse og tjenester som tilbys.

Disse endringene meddeles forsikringstakeren samtidig med premiekravet for den perioden da de nye vilkårene skal begynne å gjelde, og de baseres på en vurdering av følgende faktorer:

- Endringer i anvendte lover, forskrifter eller skattebestemmelser.
- Antall, tidspunkt og kostnader for meldte skader eller forventede fremtidige skader.
- Økte kostnader for medisinske behandlinger som omfattes av forsikringen.
- Tekniske innovasjoner som tas i bruk i medisinske behandlinger som omfattes av forsikringen.
- Annen utvikling eller andre forhold som kan påvirke kostnaden for beskyttelsen som tilbys innenfor rammen av forsikringen.

I forbindelse med meddelelsen kan forsikringstakeren velge å fornye forsikringen i henhold til de nye vilkårene eller si den opp

før fornyelsesdagen.

Forsikringen opphører automatisk å gjelde

- hvis en forsikret ikke lenger er bosatt i Norge, eller
- hvis forsikringssselskapet har utbetalt det maksimale forsikringsbeløpet i forsikringsbeviset for en av de forsikrede, opphører beskyttelsen for denne forsikrede umiddelbart, eller
- når forsikringstakeren dør, eller
- ved det første fornyelsestidspunktet som følger etter at forsikringstakeren eller en forsikret partner er blitt 85 år. Når det gjelder barn, opphører beskyttelsen å gjelde når barnet blir 19 år, med unntak av hvis barnet studerer på heltid, da opphører beskyttelsen å gjelde når barnet blir 35 år.

5. Hva gjelder forsikringen for?

Formålet med denne forsikringen er å beskytte den forsikrede og erstatte kostnader for helsetjenester i forbindelse med behandling av sykdommer og medisinske behandlinger som omfattes av forsikringen, forutsatt at alle vilkårene er oppfylt:

- Behandlingen utføres i løpet av forsikringsperioden.
- Diagnosen som er årsak til den medisinske behandlingen, er blitt bekreftet av tjenesten InterConsultation.
- Aktuell sykdom eller aktuell tilstand er ikke blitt diagnostisert, og det har ikke vært noen symptomer, de siste ti årene før dagen forsikringen trer i kraft, eller før dagen forsikrede inkluderes, i henhold til forsikringsbeviset.
- Behandlingen er nødvendig av medisinske grunner.
- Kostnadene er innenfor forsikringsbeløpet og begrensningene i forsikringsbeviset.
- Behandlingen ordnes av Best Doctors i samsvar med håndteringen av skademeldinger i punkt 10.
- Kostnadene for helsetjenester oppstår utenfor Norge, med unntak av de legemiddelkostnadene som omfattes av punkt 6, avsnitt xiv.
- Kostnadene for diagnostiske prosedyrer, behandling, tjenester, varer eller resepter som omfattes av punkt 6.

Medisinske behandlinger som dekkes av forsikringen

Følgende medisinske behandlinger dekkes av forsikringen, hvis de fås på et sykehus som er avtalt med Best Doctors:

Kreftbehandling

Behandling av følgende:

- Ondartede tumorer som kjennetegnes av ukontrollert vekst og spredning av ondartede celler, og som angriper vev. Herunder også leukemi og Hodgkins sykdom.
- Cancer in situ som er begrenset til det epitelet der den oppsto, og som ikke har angrepet stroma eller omkringliggende vev.

- Alle kreftformer som histologisk klassifiseres som
 - premaligne, eller
 - er grensetilfeller mellom godartet og ondartet, eller
 - har lavt malignitetspotensiale.

Koronarkirurgi (myokardiell revaskularisering)

Gjennomgang av operasjon etter anbefaling fra kardiolog for å korrigere forsnævring eller tetthet i ett eller flere koronarkar ved hjelp av bypasstransplantat.

Bytte eller reparasjon av hjerteklaff

Gjennomgang av operasjon etter anbefaling fra kardiolog for å bytte eller reparere én eller flere hjerteklaffer.

Nevrokirurgi

Innebærer kirurgiske inngrep i

- hjernen (eller annen intrakraniell struktur), eller
- godartede tumorer i ryggmargen.

Organtransplantasjon fra levende donor

Kirurgisk transplantasjon der den forsikrede får en nyre, et segment av lever, lungelapp eller en del av bukspyttkjertelen fra en annen levende kompatibel giver.

Benmargstransplantasjon

Den forsikrede tar imot transplantat av kompatibel benmarg fra

- seg selv (autolog benmargstransplantasjon), eller
- en levende kompatibel donor (allogen benmargstransplantasjon).

6. Kostnader som dekkes av forsikringen

Forsikringen erstatter følgende kostnader (opp til beløpet i forsikringsbeviset) som oppstår i forbindelse med de medisinske behandlingene som er angitt i punkt 5 i disse forsikringsvilkårene:

- Det avtalte sykehusets pris for følgende:
 - Losji, måltider og generelle helsetjenester som gis i løpet av forsikredes opphold på sykehuset eller på en intensiv- eller overvåkningsavdeling.
 - Andre sykehustjenester, deriblant slike som gis på sykehusets poliklinikk, og kostnader for en ekstraseng til noen som er sammen med forsikrede på sykehuset (hvis sykehuset tilbyr denne tjenesten).
 - Bruk av operasjonsstue og alle tilhørende tjenester.
- Utgifter til dagklinikk, walk-in-center eller avdeling for mindre skader, men bare hvis behandlingen eller forskrivningen ville vært omfattet av forsikringen hvis den hadde skjedd på avtalt sykehus.
- Legeutgifter til undersøkelser, behandlinger og medisinsk pleie.

- Utgifter til legebesøk under sykehusopphold på avtalt sykehus.
- Utgifter til følgende medisinske og kirurgiske tjenester, behandlinger og forskrivninger:
 - Narkose utført av anestesilege med spesialist-godkjenning.
 - Korrekt gjennomførte laborietester, radioterapi, radiologi (vanligvis røntgenstråling og scanning), kjemoterapi, elektrokardiografi (EKG), ekkokardiografi, benmargsundersøkelser, elektroencefalografi (EEG), angiografi, tomografi og andre lignende tester som trengs for å diagnostisere og behandle en sykdom eller en tilstand som ligger til grunn for en medisinsk behandling som omfattes av forsikringen.
 - Blodoverføringer eller transfusjoner av blodprodukter, f.eks. plasma.
 - Kostnader som oppstår i forbindelse med oksygen, intravenøse drypp og injeksjoner.
- Kostnader for forskrevne legemidler som ekspederes av farmasøyt i løpet av den tiden forsikrede er på avtalt sykehus for å få medisinsk behandling som omfattes av forsikringen. Legemidler som forskrives for behandling etter en medisinsk behandling, omfattes av forsikringen i 30 dager fra den dagen forsikrede skrives ut fra sykehuset.
- Kostnad for transport med ambulanse eller ambulansely, hvis dette anses som nødvendig av leger og godkjennes av Best Doctors.
- Nødvendige kostnader og utgifter relatert til en levende donor, deriblant følgende:
 - Kostnad for undersøkelser for å finne en kompatibel levende donor for transplantasjon av organ eller benmarg som forsikrede trenger.
 - Sykehustjenester som leveres til en levende donor, deriblant losji, måltider, generelle helsetjenester, regelmessige tjenester som leveres av sykehuspersonale, laborietester og bruk av utstyr og andre sykehusfasiliteter (omfatter ikke produkter til personlig bruk som ikke trengs for prosessen med å ta ut organet eller vevet som skal transplanteres).
 - Kirurgiske og medisinske tjenester for uttak av den levende donorens organ eller vev som skal transplanteres til forsikrede.
- Kostnader for tjenester og materiale som skaffes for benmargsdyrking (medisinsk testing av forsikredes benmarg eller den donerte benmargen).
- Kostnader for forsikredes, en valgfri ledsager og – hvis relevant – den levende donorens reiser til og fra avtalt sykehus for en medisinsk behandling som dekkes av forsikringen. Alle reisearrangementer skal ordnes av Best Doctors, som har ansvar for å bestemme dato for reisene med utgangspunkt i godkjent behandlingsskjema.

Forsikrede vil få beskjed om dato i god tid, slik at det blir mulig å sørge for all nødvendig planlegging. Hvis forsikrede endrer reisedatoene som Best Doctors har gitt beskjed om, skal forsikrede erstatte forsikringsselskapet og/eller Best Doctors for alle kostnader som har oppstått i forbindelse med å organisere og ordne nye reisearrangementer, med mindre Best Doctors har bekreftet at endringene er nødvendige av medisinske årsaker.

xi. Følgende reisekostnader dekkes av forsikringen:

- Transport fra forsikredes faste adresse i Norge til angitt flyplass eller jernbanestasjon.
- Tog- eller flybillett på økonomiklasse til det stedet der behandlingen skal gjennomføres, samt transport til angitt hotell.
- En første reise fra angitt hotell til sykehuset eller den behandlende legen samt hjelp i sykehusets inn-skrivningsprosess.
- Transport fra angitt hotell eller avtalt sykehus til angitt flyplass eller jernbanestasjon.
- Tog- eller flybillett på økonomiklasse og påfølgende transport til forsikredes faste adresse.

xii. Kostnaden for nødvendig losji eller et rom med en dobbeltseng eller to enkeltsenger på et tre- eller firestjerners hotell (inkludert frokost) for forsikrede, en ledsager og – ved transplantasjon – den levende donoren, ved reise utenfor Norge for en medisinsk behandling som dekkes av forsikringen (hotell velges ut fra hva som er ledig og hvor nært det ligger det avtalte sykehuset eller den behandlende legen innenfor en radius på 10 km). Best Doctors har ansvar for å bestemme booking dato for losji, med utgangspunkt i godkjent behandlingsskjema. Forsikrede vil få beskjed om dato i god tid, slik at det blir mulig å sørge for all nødvendig planlegging. Best Doctors ordner dato for returreise, med utgangspunkt i når behandlingen er ferdig, og når behandlende lege mener at forsikrede er klar til å reise. Hvis forsikrede endrer reisedatoene som Best Doctors har booket og gitt beskjed om, skal forsikrede erstatte forsikringsselskapet og/eller Best Doctors for alle kostnader som har oppstått i forbindelse med å organisere og ordne ny losji, med mindre Best Doctors har bekreftet at endringene er nødvendige av medisinske årsaker.

xiii. Hvis den forsikrede og/eller den levende donoren (ved transplantasjon) dør utenlands under behandling som er organisert innenfor rammen av denne forsikringen, i forbindelse med en medisinsk behandling som dekkes av forsikringen, dekkes kostnader for hjemtransport av den eller de avdøde, samt minimumskostnader for administrative formaliteter, balsamering og den eller de kister som den eller de avdøde transporteres hjem i.

xiv. Kostnader for legemidler som kjøpes i Norge, etter behandling av en medisinsk behandling som omfattes av forsikringen, og som godkjennes av Best Doctors og betales innenfor rammen av forsikringen, ved opphold lengre enn tre netter på avtalt sykehus. Denne ytelsen er bare tilgjengelig innenfor rammen av forsikringen på følgende vilkår:

- Legemidlet er anbefalt til Best Doctors av en eller flere internasjonale leger som har behandlet forsikrede, som nødvendig for pågående behandling.
- Legemidlet er bevilget lisens og blitt godkjent av vedkommende medisinske myndighet i Norge, og for-skrivning og administrasjon av legemidlet er regulert.
- Legemidlet må forskrives av lege i Norge.
- Legemidlet er tilgjengelig for kjøp i Norge.
- Ingen forskrivning gjelder bruk i mer enn to måneder.
- Kostnaden for legemidlet overskrider ikke det maksimale forsikringsbeløpet i forsikringsbeviset.

xv. Det betales en daglig erstatning til forsikrede for hver dag som vedkommende tilbringer på sykehus utenfor Norge i forbindelse med godkjent behandling. Erstatningen utgjøres av beløpet i forsikringsbeviset for hver natt som tilbringes på avtalt sykehus, maksimalt 60 dager per skade.

7. Unntak

Forsikringen har følgende unntak:

- Generelle unntak

Vi erstatter ikke skader for følgende:

- Kostnader som oppstår i forbindelse med sykdommer eller medisinske behandlinger som ikke uttrykkelig er angitt i punkt 5.
- Kostnader for sykdom eller kroppslig skade som oppstår som følge av krig, terrorhandlinger, jordskjelv, uroligheter, opprør, oversvømmelser, vulkanutbrudd, så vel som direkte eller indirekte konsekvenser av kjerne-reaksjoner eller andre ekstraordinære eller katastrofe-artede fenomener, deriblant epidemier som er offisielt erklært av norsk kompetent myndighet.
- Helse- og behandlingskostnader som oppstår på grunn av alkoholisme, narkotikaavhengighet og/eller rusmidler, forårsaket av alkoholmisbruk og/eller bruk av psyko-aktive, narkotiske eller hallusinogene stoffer.
- Konsekvenser og sykdommer som oppstår som følge av selvmord, selvmordsforsøk eller selvskadning.
- Kostnader som oppstår på grunn av sykdommer eller tilstander som forårsakes forsettlig eller uærlig, eller som oppstår på grunn av forsømmelse eller straffbar uaktsomhet hos forsikrede, eller som følge av at forsikrede, dennes arvtaker eller en juridisk representant har begått, eller har forsøkt å begå, en straffbar handling.
- Sykdom eller skade hos forsikrede, eller hendelser eller konsekvenser av hendelser, direkte eller indirekte forårsaket av kjerneenergi eller utslipp av radioaktivt, kjemisk eller biologisk materiale, uansett form.

- Medisinske unntak

Vi erstatter ikke skader for følgende:

- Medisinske behandlinger for helsetilstand som ved tegning av forsikringen har forekommet de siste ti årene før dagen for ikrafttredelse (se Helsetilstand ved tegning under definisjoner).
- Eksperimentelle behandlinger.
- Medisinske behandlinger som er nødvendige på grunn av AIDS (ervert immunsviktsyndrom), hiv (humant immunsviktvirus) eller tilstander som stammer fra disse (herunder Kaposi sarkom), samt behandling for AIDS eller HIV.
- Tjenester som ikke er nødvendige av medisinske grunner for en medisinsk behandling som omfattes av forsikringen, i henhold til beskrivelsen i punkt 5.
- Behandling som gjelder en sykdom som oppstår som følge av en organtransplantasjon, med unntak av de medisinske behandlingene som omfattes av forsikringen, og som er nevnt i punkt 5.
- Forsikringsselskapet har ikke noen forpliktelser ved de unntatte sykdommene og medisinske behandlingene som er nevnt nedenfor:
 - Alle tumorer ved forekomst av ervert immunsviktsyndrom (AIDS).
 - Hudkreft, med unntak av malignt melanom.
 - Koronarkarsykdom som behandles med andre metoder enn koronarbypass, som alle typer angioplastikk.
 - Transplantasjon der behovet for transplantasjon skyldes alkoholisk leversykdom.
 - Transplantasjon der transplantasjonen gjennomføres som en autolog transplantasjon, med unntak av benmargstransplantasjoner.
 - Transplantasjon der forsikrede er donor til en tredje part.
 - Transplantasjoner fra en avdød donor.
 - Organtransplantasjon som omfatter stamcellebehandling.
 - Transplantasjon der transplantasjonen gjøres mulig gjennom kjøp av donerte organer.

- Unntatte kostnader

Vi erstatter ikke:

- Kostnader for diagnoser, behandlinger, tjenester, nødvendigheter eller forskrivninger i Norge, med unntak av legemiddelkostnader i henhold til avsnitt xiv. i punkt 6.
- Alle kostnader som oppstår i forbindelse med eller som kommer fra diagnostikk, behandling, tjenester, varer eller resepter av noe slag uansett hvor i verden de har oppstått, når den forsikrede, ved tidspunktet for innmelding av skade, ikke kan regnes som bosatt i Norge.

- Kostnader for pleie i hjemmet eller for tjenester som fås på sykehjem, hospice eller lignende, også hvis tjenestene trengs som følge av en medisinsk behandling som dekkes av forsikringen.
- Kostnader for proteser (f.eks. et kunstig lem eller et øye av porselen), med unntak av kunstige hjerteklaffer og brystimplantater i forbindelse med rekonstruktiv kirurgi etter mastektomi som gjennomføres innenfor rammen av denne forsikringen.
- Kostnader for ortopedisk utstyr (f.eks. skinner og nakkekrager), korsetter, bandasje, krykker, parykker (også selv om de anses å være nødvendige under kjemoterapi), ortopediske sko, brokkinde og lignende utstyr eller produkter.
- Utgifter for medisinsk pleie i forbindelse med demens, Alzheimers sykdom eller annen avvikende mental tilstand eller tap av mental evne.
- Kostnader for tolker og telefonsamtaler og andre utgifter til produkter som er for personlig bruk og ikke trengs av medisinske grunner.
- Kostnader for tjenester som skaffes av forsikredes slektninger eller ledsager, med unntak av kostnaden for en ekstraseng til noen som skal være på sykehuset sammen med forsikrede.
- Kostnader for kjøp eller leie av rullestoler, spesialsenger, luftkondisjoneringsapparater, luftrensere og andre lignende produkter eller utstyr.
- Kostnader for alternativ medisin, også når den er forskrevet av lege.
- Kostnader for behandlinger, tjenester, nødvendigheter eller medisinske forskrivninger for en sykdom der den beste behandlingen er en organtransplantasjon.
- Kostnader for reise- og/eller losjarrangementer som ordnes av forsikrede eller av tredje part på forsikredes vegne.
- Kostnader for måltider (unntatt frokost) og tilfeldige utgifter på hotellet utenfor Norge.
- Kostnader for legemidler som kjøpes i Norge hvis disse kostnadene finansieres helt av den norske nasjonale helsetjenesten eller dekkes av en annen av forsikredes forsikringer, eller hvis legemidlet er kjøpt utenfor Norge.
- Kostnader for administrasjon av legemiddel som kjøpes i Norge.
- Tilbakebetaling av kostnaden for et legemiddel hvis fakturaen sendes til forsikringsselskapet mer enn 180 dager etter at legemidlet ble kjøpt.

8. Egenandel

Forsikringen gjelder uten egenandel.

9. Erstatningsbestemmelser

Erstatningsnivåene for medisinske kostnader samt kostnader for reise og losji er angitt i forsikringsbeviset.

Utbetaling fra forsikringen skal gjøres uten forsinkelse, dog senest én måned etter at forsikringsgiveren har mottatt de fullstendige dokumentene som forsikringsgiveren trenger i henhold til punkt 10 for å vurdere forsikringstilfellet og sitt ansvar.

Hvis den forsikrede eller noen annen som ber om erstatning av forsikringsgiveren etter et forsikringstilfelle, forsettlig eller av grov uaktsomhet feilaktig har oppgitt eller fortiet eller skjult noe som har betydning for vurderingen av retten til erstatning fra forsikringen, kan den erstatningen som ellers skulle ha blitt utbetalt, bli redusert etter hva som er rimelig med hensyn til omstendighetene.

Hvis skade meldes senere enn det som er angitt i punkt 10, eller hvis forsikringsgiveren ikke gis mulighet til å få del i dokumenter som er angitt i samme punkt, og forsømmelsen har medført skade for forsikringsgiveren, kan den erstatningen som ellers skulle blitt utbetalt, bli redusert etter hva som er rimelig med hensyn til omstendighetene.

Erstatningsbeløp i henhold til denne forsikringen beregnes uten at det tas hensyn til hvilke andre private, kollektive eller generelle forsikringserstatninger som betales ut.

10. Prosedyre ved skade

Før forsikrede får noen type behandling, tjeneste, nødvendighet eller medisinsk forskrivning innenfor rammen av en medisinsk behandling som omfattes av forsikringen, i henhold til det som er angitt i punkt 5, skal forsikrede, eller en person som lovlig opptrer på dennes vegne, følge følgende prosedyre:

10.1. Skademelding

Kontakt Best Doctors (kontaklinformasjon er angitt på siste side i disse forsikringsvilkår) så snart som mulig for å melde inn en skade. Best Doctors vil deretter kontakte deg for ny medisinsk vurdering, dvs. tjenesten som heter InterConsultation.

Best Doctors informerer forsikrede om trinnene som må fullføres i prosessen InterConsultation, deriblant at forsikrede må godkjenne med signatur, noe som gjør det mulig for Best Doctors å få tilgang til alle relevante diagnostiske tester og all medisinsk informasjon. Formålet med tjenesten InterConsultation er å bekrefte diagnosen og beskyttelsen som gis innenfor rammen av forsikringen.

10.2. Skadevurdering og valg av sykehus for behandling

Når tjenesten InterConsultation er gjennomgått, sender Best Doctors en rapport med sine konklusjoner. Hvis rapporten bekrefter at diagnosen er en sykdom eller en medisinsk behandling som omfattes av forsikringen, og hvis forsikrede ønsker å gjennomgå behandlingen utenfor Norge, skal

forsikrede informere Best Doctors om dette. Best Doctors gir da forsikrede en liste over anbefalte sykehus utenlands. Forsikrede skal deretter informere Best Doctors om hvilket av sykehusene forsikrede vil reise til.

10.3. Medisinsk forhåndsbekreftelse

Når Best Doctors har godkjent forsikredes valg av sykehus fra listen over anbefalte sykehus, tar Best Doctors hånd om alt det nødvendige som må ordnes før forsikredes reise til sykehuset. Best Doctors utarbeider også en medisinsk forhåndsbekreftelse, den skriftlige bekreftelsen på forsikringsdekningen før tjenestene utføres på angitt sykehus. Denne bekreftelsen gir forsikrede tilgang til relevante behandlinger, tjenester, nødvendigheter og forskrivninger som gjelder skaden ved det valgte sykehuset.

Eventuelle kostnader som oppstår ved andre sykehus enn det som er nevnt i den medisinske forhåndsbekreftelsen, dekkes ikke av forsikringen.

Eventuelle kostnader som oppstår før den medisinske forhåndsbekreftelsen er utarbeidet, dekkes ikke av forsikringen.

Listen over anbefalte sykehus og den medisinske forhåndsbekreftelsen utarbeides med utgangspunkt i forsikredes helse-tilstand ved tidspunktet for utarbeidelsen av Best Doctors. Siden forsikredes helsetilstand kan endre seg over tid, har begge dokumentene en gyldighet på tre måneder.

10.4. Behandling og betaling

Så lenge vilkårene i den medisinske forhåndsbekreftelsen er oppfylt, erstatter forsikringsselskapet kostnadene (i henhold til punkt 6) for de medisinske behandlingene (i henhold til punkt 5) direkte til sykehuset, klinikken, legen eller til en annen medisinsk tjeneste som har blitt avtalt. Forsikringsselskapet utbetaler erstatning bare opp til forsikringsbeløpet og i henhold til begrensningene i forsikringsbeviset. Leger som arbeider for Best Doctors og/eller for forsikringsselskapet, skal kunne besøke og undersøke forsikrede når som helst og innhente nødvendig informasjon. Legene som innhenter relevant informasjon, kommer til å videresende den til forsikringsselskapet eller til Best Doctors (eller begge).

Hvis forsikrede (eller noen som opptrer eller snakker på dennes vegne) ikke lar en lege få treffe eller undersøke forsikrede, eller innhente de opplysningene forsikringsselskapet eller Best Doctors trenger, er ikke forsikringsselskapet forpliktet til å erstatte skaden.

10.5. Finansiering og tilbakebetaling

Kjøp av legemidler i henhold til avsnitt xiv. i punkt 6 må ordnes og betales direkte av forsikrede. Forsikringsselskapet tilbakebetaler deretter forsikrede etter å ha mottatt relevant forskrivning, originalfaktura og betalingsbevis.

Hvis kostnaden for legemidlet delvis finansieres av norsk folketrygd eller av en annen forsikring, skal det komme tydelig frem i kravet om tilbakebetaling hvilke kostnader som delvis

finansieres av forsikrede eller tredjepart.

11. Generelle kontraktsbestemmelser

11.1. Oppsigelse

Forsikringstakeren har rett til når som helst å si opp forsikringen med opphør umiddelbart eller ved et angitt fremtidig tidspunkt. Kontaktopplysninger ved oppsigelse av forsikringen er angitt i punkt 12.

Forsikringsgiveren har rett til å si opp forsikringen ved forsikringsperiodens utløp. Oppsigelsen skal skje skriftlig og sendes til forsikringstakeren som vanlig brev senest to (2) måneder før forsikringsperioden går ut.

Den skal inneholde en forespørsel om forsikringstakeren vil ha forsikringen fornyet. Hvis forsikringstakeren ønsker å fornye forsikringen, gjelder bare oppsigelsen hvis det fins særskilte grunner til å ikke fornye forsikringen.

Selskapet kan bare unnlate å fornye en forsikring når det foreligger særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet, jfr. FAL §3-5.

11.2. Premiebetaling og oppsigelse ved forsinket betaling

Premien fastsettes på grunnlag av den forsikredes alder.

Premien skal betales via avtalegiro, e-faktura eller faktura senest på forfallsdagen som er angitt i forsikringsbeviset.

Hvis premien ikke betales til rett tid, har forsikringsgiveren, hvis forsinkelsen ikke er ubetydelig, rett til å si opp forsikringen. Oppsigelsen trer i kraft 14 dager etter den dagen forsikringsgiveren sendte ut skriftlig beskjed om oppsigelsen, med mindre premien betales innen denne fristen. Hvis forsinkelsen skyldes hindringer, slik det er nærmere spesifisert i forsikringsavtaleloven, som ikke kan bebreides forsikringstakeren, får oppsigelsen ikke noen virkning før tre måneder etter utløpet av fristen.

11.3. Endring av forsikringsvilkår og premie

Forsikringsgiveren har rett til, i den grad forsikringsavtaleloven tillater det, å endre forsikringsvilkårene og premienivået ved fornyelse av forsikringen. Forsikringsgiveren skal i slike tilfeller gi skriftlig beskjed om endringen senest en måned før endringen begynner å gjelde. Den fornyede forsikringen gjelder deretter på de vilkårene som forsikringsgiveren har angitt i beskjeden. Forsikringsgiveren har også rett til, i den grad forsikringsavtaleloven tillater det, å endre forsikringsvilkårene og premienivået i forbindelse med fornyelse av forsikringen.

11.4. Angrerett ved fjernsalg

Forsikringstakeren har rett til å trekke seg fra forsikringsavtalen (angrerett) ved å gi beskjed om dette til forsikringsgiveren innen 30 dager regnet fra den dagen forsikringstakeren mottar forsikringsbeviset.

Hvis forsikringstakeren benytter seg av angreeretten, skal forsikringsgiveren senest innen 30 dager betale tilbake premien som forsikringstakeren har betalt til forsikringsgiveren. Forsikringstakeren skal ved bruk av angreeretten senest innen 30 dager betale tilbake erstatningsbeløp, hvis det har blitt utbetalt. Tiden regnes fra den dagen forsikringsgiveren mottar beskjeden fra forsikringstakeren om at denne ønsker å trekke seg fra forsikringsavtalen. Kontaktinformasjon for meddelelser om bruk av angreeretten er angitt i punkt 12.

11.5. Force majeure

Forsikringsgiveren er ikke ansvarlig ved tilfelle av krig, krigslignende hendelser, borgerkrig, militære øvelser, revolusjon, opprør, terrorisme, atom- eller kjerneprosesser, handlinger fra myndighetene, beslag, streik, lockout, blokad, vanlige brudd i data- eller teleforbindelser, eller lignende hendelser.

11.6. Opplysningsplikt

Premie og forsikringsvilkår i henhold til denne forsikringen er basert på de opplysningene som ble gitt da forsikringen ble tegnet eller fornyet. Hvis forsikringstakeren eller den forsikrede har gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger, kan forsikringen være ugyldig eller erstatningsbeløpet bortfalle eller settes ned, eller forsikringsgiveren kan være berettiget til å si opp forsikringen.

11.7. Foreldelse

Krav på erstatning foreldes etter tre år. Fristen begynner å løpe ved utløpet av det kalenderår da forsikrede fikk nødvendig kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Kravet foreldes likevel senest 10 år etter utløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff.

Krav som er meldt til forsikringsgiveren før foreldelsesfristen er utløpt, foreldes tidligst seks måneder etter at forsikrede har fått særskilt skriftlig melding om at foreldelse vil bli påberopt.

11.8. Personopplysningsloven

Forsikringsgiveren kommer til å behandle forsikredes personopplysninger, noe som kan komme til å inkludere opplysninger om den forsikredes helse, i henhold til personopplysningsloven (1978:48 (PoL)). Formålet med behandlingen er å oppfylle de de avtalemessige forpliktelsene overfor forsikrede. Personopplysningene brukes også som grunnlag for markeds- og kundeanalyse, forretnings- og metodeutvikling, statistikk og risikostyring, markedsføring og øvrige tjenester. Personopplysningene kan komme til å bli behandlet av andre selskaper som forsikringsgiveren samarbeider med for å utføre oppdraget forsikringsgiveren har fra forsikringstakeren. Hvis forsikrede har noen spørsmål om dette, er det bare å kontakte forsikringsgiverens personopplysningsansvarlig på personoppgiftsombud@amtrustgroup.com. I henhold til personopplysningsloven har forsikrede rett til å kreve å få informasjon om og få rettet personopplysningene som behandles.

Krav om dette fremsettes til personopplysningsansvarlig på adressen som er angitt nedenfor, og det skal være undertegnet av søkeren. Hvis forsikrede ønsker å få rettet uriktige personopplysninger, kan vedkommende kontakte personopplysningsansvarlig, personoppgiftsombud@amtrustgroup.com.

11.9. Klage

Ved klager som gjelder formidlingen av forsikringen, kontakt Norwegian Underwriting Agency AS på adressen som står nedenfor i punkt 12.

Ved klager som gjelder forsikringen, kontakt forsikringsgiverens generalagent i Sverige AmTrust Nordic AB på adressen Hamngatan 11, 111 47 Stockholm eller via e-post klagomal@amtrustgroup.com. Henvendelsen blir behandlet raskt, effektivt og på en hensynsfull måte. Hvis klagen er å anse som en misforståelse eller en enkelt feil, skal dette håndteres umiddelbart. AmTrust Nordic skal så snart som mulig, men senest innen 14 dager, gi deg skriftlig beskjed om hvordan AmTrust har vurdert henvendelsen, og på hvilken måte AmTrust har fulgt den opp. Hvis klagen din ikke kan imøtekommes, vil du få en forklaring på beslutningen som er fattet.

11.10. Ny vurdering av skadesak

Hvis du ikke er fornøyd med beslutningen i en skadesak, kan beslutningen vurderes av forsikringsgiveren. Krav om ny vurdering skal sendes skriftlig til forsikringsgiverens generalagent i Sverige AmTrust Nordic AB, Hamngatan 11, 111 47 Stockholm, alternativt via e-post infonordic@amtrustgroup.com. AmTrust Nordics skadekomité kommer da til å vurdere på nytt om du har rett til erstatning. Beskjed om den nye vurderingen gis skriftlig innen to uker etter at søknaden er mottatt.

11.11. Klageadgang

I henhold til FAL § 20-1 kan Forsikrede bringe eventuell tvist inn for Finansklagenemnda. Kontoret er uavhengig, og bistand i klagesaker er gratis. Finansklagenemnda kan tilskrives på følgende adresse: Finansklagenemnda, PB. 53, Skøyen, 0212 Oslo. Tlf. 23 13 19 60.13.

11.12. Lovvalg og verneting

For forsikringsavtalen skal norsk lov gjelde. Tvister angående avtalen skal avgjøres ved norsk domstol. Dette gjelder også selv om tvisten gjelder skade som inntreffer utenlands.

12. Forsikringsgiver og forsikringsformidler

Forsikringsgiver for denne forsikringen er AmTrust Europe Ltd, med registrert adresse: 10th Floor Market Square House, St James' s Street, Nottingham, NG1 6FG, England, organisasjonsnummer: 1229676. AmTrust Europe Ltd er autorisert av Prudential Regulation Authority og reguleres av Financial Conduct Authority (FCA) samt Prudential Regulation Authority, registreringsnummer for finansielle tjenester: 202189. Disse opplysningene kan kontrolleres via registeret for finansielle tjenester, på www.fca.org.uk.

Forsikringen formidles av Norwegian Underwriting Agency AS, Rådhusgt. 23, 0158 Oslo som underagent for AmTrust Insurance Services Norway AS, Haakon VII's gate 6, 0161 Oslo. AmTrust Insurance Services Norway AS er godkjent forsikringsagentforetak og under tilsyn av Finanstilsynet i Norge.

Ved bruk av angreirett, oppsigelse av forsikringen eller ved spørsmål relatert til forsikringen, kontakt:

Norwegian Underwriting Agency AS
Rådhusgaten 23
0158 Oslo

E-post: post@norua.com
Telefon: 06185

Hvis du vil melde inn en skade, kontakt:

Best Doctors

E-post: bestdoctors@no.falck.com
Telefon: (+47) 21 49 50 77

Oppdatert per 08.05.2017