



DKV Hälsa SjukvårdsGaranti

Vägledning och försäkringsvillkor
- för individuellt och kollektivt försäkringsavtal

Oslo, November 2009 (N)

Om detta häfte

Detta häfte innehåller alla de villkor som gäller din försäkring, inklusive försäkringsvillkor som kan avtalas med DKV Hälsa .

Med DKV Hälsa avses Storebrand Helseforsikring AS Norge filial,
Rålambsvägen 17, 14 tr., S-100 26 Stockholm, telefon +46 8 619 62 00,
www.dkvhalsa.se , org.nr 516402-6998, registrerad i Filialregistret.
DKV Hälsa säljer försäkring för Storebrand Helseforsikring AS, Filipstad Brygge 1,
Postboks 1382 Vika, N-0114 Oslo, telefon +47 22 31 13 30, www.storebrand.no/helse,
org.nr 980 126 196, registrerat i Foretaksregistret, Brønnøysund.

Ett gott råd: Läs noga igenom försäkringsbrevet och villkoren.

Om det är något du inte förstår, eller om någonting inte stämmer med vad som har överenskommits, ber vi dig ta kontakt med DKV Hälsa, per telefon, post eller e-post.

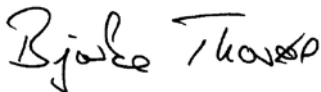
Vi föreslår att du förvarar försäkringsdokumenten på ett ställe där du snabbt hittar dem om det skulle behövas. Försäkringskortet bör du förvara på ett sådant sätt att du alltid har det tillgängligt.

Om du inte läser igenom alla försäkringsdokument vill vi i alla fall rekommendera dig att läsa igenom avsnittet hur du använder försäkringen, det kan bespara dig onödigt besvär.

Om du har frågor som du inte kan hitta svaren på, hoppas vi att du tar kontakt med oss så vi kan hjälpa dig.

Ring 08-619 62 00 eller skriv till info@dkvhalsa.se

Med vänliga hälsningar
DKV Hälsa/ Storebrand Helseforsikring AS



Bjarke Thorø
Verkställande Direktör

Innehållsförteckning

Hur du använder din försäkring	5
Översikt över tjänster som täcks	7
Allmänna villkor nr. 13.00.01 och 13.00.02	8
Särskilda villkor nr. 06.06.01 Inläggning på sjukhus med operation	15
Särskilda villkor nr. 06.02.01 Dagkirurgi	16
Särskilda villkor nr. 06.03.01 Inläggning på sjukhus utan operation	17
Särskilda villkor nr. 06.04.01 Specialistläkarbehandling	18
Särskilda villkor nr. 06.05.01 Cancerbehandling	19
Särskilda villkor nr. 06.06.01 Fysikalisk behandling	20
Särskilda villkor nr. 06.09.01 Psykologibehandling	21
Särskilda villkor nr. 06.11.01 Psykologibehandling Topp	22
Hur gör du om du har klagomål	23
Definitioner och ordförklaringar	24

Hur du använder din försäkring

Du omfattas antingen av en individuell försäkring som gäller för enskild person och som är tecknad på individuella villkor (individuellt försäkringsavtal) eller som medlem i ett kollektivt försäkringsavtal (gruppförsäkring) som gäller personer i en närmare definierad grupp.

Dina rättigheter och skyldigheter i förhållande till dessa villkor beror på om du omfattas av en individuell försäkring eller en gruppförsäkring. Det är viktigt att du förhåller dig till de bestämmelser som gäller för din försäkring, om du har en individuell försäkring eller en gruppförsäkring framgår av ditt försäkringsbrev.

Försäkringsmoment

Det framgår av försäkringsbrevet vilka moment som ingår i din försäkring. De villkor som gäller för din försäkring framgår av de villkorsnummer som står angivna i försäkringsbrevet. Om du är osäker på vilka moment som ingår i din försäkring, är du välkommen att ta kontakt.

Helpline, DKV Hälsa, fortsättningsvis enbart kallad Helpline

När du behöver vård ringer du till vår Helpline på telefon 0770 456 780, som är bemannad av legitimerade sjuksköterskor. Helpline hjälper dig med tidsbeställning av den vård, undersökning eller behandling som krävs. Du och en sjuksköterska från Helpline kommer i samråd överens om tid och plats för din vård.

Utifrån omfattningen av din försäkring (framkommer i försäkringsbevis och villkor) kan du använda försäkringen enligt nedan:

Inläggning på sjukhus och dagkirurgi

Om du blir remitterad till inläggning på sjukhus med övernattnings för operation eller behandling, till cancerbehandling eller till dagkirurgi, skickar du en kopia av remissen till DKV Hälsa. Helpline kommer då att hjälpa dig att hitta aktuella privatsjukhus eller specialister du kan välja mellan. Helpline kommer att kontakta dig efter samtal med sjukhuset och/eller specialisten och avtala tidpunkt för inläggning och/eller behandling. Därefter bekräftar och godkänner vi skriftligen att vi täcker kostnaden för inläggningen och/eller behandlingen till sjukhuset eller specialisten med en kopia till dig.

Behandling som skall betalas via försäkringen skall vara förhandsgodkänd av Helpline. Detta garanterar snabb, kvalitativ god tillgång till vård och behandling. DKV Hälsa betalar direkt till behandlaren.

Remisshantering

Blir du remitterad till specialistläkare, psykolog, sjukgymnast, naprapat eller kiropraktor, kontaktas Helpline som hjälper dig att boka tid till specialist alternativt klinik.

All behandling skall förhandsgodkännas av Helpline.

Bokar du på egen hand betalar du besöket/behandlingen själv. Skicka sedan in originalkvitton tillsammans med ifylld skadeanmälan och ev. remiss eller kopia av denna senast 12 månader efter avslutat besök/behandling.

Blankett/ skadeanmälan hittar du på vår hemsida www.dkvhalsa.se. Skadeanmälan måste vara ifylld med den försäkrades namn, personnummer, besöksorsak/ diagnos, symtomdebut, behandlingsdatum och kontonummer.

Kostnader för resa och uppehålle

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för resa i förbindelse med specialistläkarbehandling/undersökning. Resekostnader ersätts om avståndet mellan hemmet och behandlingsstället är längre än 15 mil enkel resa. Om du kör egen bil utgår milersättning enligt skatteverkets regler för milersättning, under förutsättning att resan är förhandsgodkänd av försäkringsgivaren.

Försäkringen täcker nödvändiga och skäligen kostnader för resa och uppehålle i förbindelse med inläggning på sjukhus och operation.

Försäkringen täcker nödvändiga och skäligen kostnader för resa och uppehålle för vuxen ledsagare i förbindelse med inläggning på sjukhus och operation när den försäkrade är under 18 år och/eller när det är medicinskt nödvändigt.

Utgifter som skall betalas av försäkringsgivaren skall förhandsgodkännas av Helpline.

Kostnader för uppehälle ersätts enligt skatteverkets regler för kost och logi.

Om du är osäker på vilka moment som ingår i din försäkring ta kontakt med försäkringsgivaren.

Försäkringsgivarens ansvar förutsätter

- att försäkringen omfattar den aktuella behandlingen. Detta framgår av försäkringsbrevet och de allmänna och särskilda villkoren
- att den försäkrade har lämnat riktiga och fullständiga hälsoupplysningar
- att försäkringen är betald och ikraft

Översikt över tjänster och kostnader som kan ersättas av försäkringen

Kostnader för operation av somatisk sjukdom på privat sjukhus, som kräver övernattning på sjukhus, efter remiss från läkare och som är förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Ersätts
Kostnader för medicinsk behandling, (annan än operation), av somatisk sjukdom på privat sjukhus, som kräver övernattning på sjukhus, efter remiss från läkare och som är förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Ersätts
Kostnader för operation på privat sjukhus/klinik som inte kräver övernattning (dagkirurgi), efter remiss från läkare och som är förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Ersätts
Behandling, undersökning och diagnostisering av somatisk sjukdom hos allmän och specialistläkare. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren. Kan krävas remiss om detta framkommer i försäkringsbrevet	Ersätts
Cancerbehandling, t.ex. operation, strålbehandling och cellgiftsbehandling, efter remiss och som är förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Ersätts
Konsultation hos en specialistläkare för ytterligare bedömning, Second opinion. En per diagnos och endast vid kritisk sjukdom och/ eller speciellt riskfylld behandling. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren	Ersätts
Nödvändiga undersökningar, tester och provtagningar på sjukhuset/kliniken i direkt och omedelbart samband med operationen/behandlingen	Ersätts
Nödvändiga läkemedel och material som används under operationen/behandlingen på sjukhuset/kliniken/ hos specialistläkaren	Ersätts
Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen (proteser, implantat).	Ersätts
Nödvändiga och skäligen uppehållskostnader (kost och logi) i samband med inläggning på sjukhus och vid operation (gäller inte momentet specialistläkarbehandling och fysikalisk behandling). Kostnader för uppehälle ersätts efter skatteverkets regler för kost och logi, och skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren	Ersätts
Nödvändiga resekostnader för den försäkrade i samband med sjukhusinläggning/ operation/cancerbehandling och/eller rehabilitering, (gäller inte fysikalisk behandling). Vid specialistläkarbehandling utgår reseersättning om avståndet mellan den försäkrades hem och behandlingsstället är mer än 15 mil, enkel resa. Resan skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren	Ersätts
Rehabilitering i upp till 28 dygn på en rehabiliteringsinstitution i Norden. Rehabiliteringen måste vara en nödvändig följd av och en nödvändig del av operationen/sjukhusinläggningen, efter remiss från läkare och skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren	Ersätts
Behandlingsgaranti vid inläggning på sjukhus är 14 arbetsdagar från det datum då försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation	Ersätts
Behandlingsgaranti vid utredning/behandling är 14 arbetsdagar från det datum då försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation	Ersätts
Fysikalisk behandling av somatisk sjukdom. Det vill säga utgifter för behandling hos legitimerad sjukgymnast, kiropraktor eller naprapat efter remiss från läkare upp till 24 st. behandlingar per kalenderår. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren	Ersätts om det framgår av försäkringsbrevet
Krisstöd. Upp till 10 st. behandlingar per händelse. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren	Ersätts
Kostnader för behandling hos psykolog/ psykoterapeut steg II, för lättare psykiska besvär är upp till 10 behandlingar per försäkringsfall. Det kan krävas att behandlingen skall vara remitterad av läkare och skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren	Ersätts om det framgår av försäkringsbrevet

Detta är en förenklad översiktsbild. För fullständig information se de allmänna och särskilda villkoren.

Allmänna villkor

(Det framgår av försäkringsbrevet om du följer nr. 13.00.01 eller 13.00.02)

1. Försäkringsavtalet

1.1. Vilka lagar och regler som gäller

För försäkringsavtalet gäller

- Försäkringsavtalslagen (2005:104)
- Lag (1982:713) om försäkringsrörelse med föreskrifter och regler
- Lag (1998:293) om utländska försäkringsgivares verksamhet i Sverige
- Andra bestämmelser i lag eller som utfärdas med stöd i lag

För försäkringsavtalet gäller svensk lag och svenska som språk om inget annat är överenskommet.

1.2. Vilka försäkringsbestämmelser som gäller

För försäkringsavtalet gäller dessa allmänna försäkringsvillkor och de särskilda villkoren, som det framgår av försäkringsbrevet. Texten i försäkringsbrevet äger företräde framför försäkringsvillkoren. Texten i de särskilda villkoren äger företräde framför de allmänna villkoren. Försäkringsbrevet, försäkringsavtalet och försäkringsvillkoren äger företräde framför sådana bestämmelser i lag som inte är tvingande.

1.3. Definitioner och förklaringar

Se Definitioner och ordförklaringar längst bak i detta villkor.

1.4. Vem försäkringen omfattar

1.4.1. Individuellt försäkringsavtal (Allmänna villkor nr. 13.00.01)

Individuellt försäkringsavtal kan enbart tecknas för person som är bosatt i Norden och som är ansluten till försäkringskassa i Norden. Försäkring kan tecknas mellan 0 och 65 år (ansökan måste vara bolaget tillhanda senast dagen innan den sökande fyller 66 år), Försäkringen kan vara gällande livet ut om den inte tidigare av annan orsak upphör att gälla.

1.4.2. Kollektivt försäkringsavtal

(Allmänna villkor nr. 13.00.02)

Ett kollektivt försäkringsavtal kan enbart tecknas för personer som är bosatta i Norden och som är anslutna till försäkringskassa i Norden. Försäkring kan tecknas mellan 16 och 65 år. Försäkringen upphör att gälla det försäkringsår som den försäkrade fyller 67 år om inte försäkringen tidigare av annan orsak upphört att gälla.

Den enskilde kan reservera sig mot medlemskap i försäkringen.

1.4.3. Var det framgår om du omfattas av en individuellt eller kollektivt försäkringsavtal

Det framgår av försäkringsbrevet om du har ett individuellt eller kollektivt försäkringsavtal.

1.5. Vad försäkringen täcker

Försäkringen täcker kostnader för behandling i försäkringstiden till följd av sjukdom eller skada, inom försäkringens villkor.

Ett försäkringsfall skall anses ha inträffat vid den tidpunkt som den försäkrade blir undersökt eller uppsöker behandlare första gången av en ersättningsbar sjukdom eller skada. Flera skador och sjukdomstillfällen som har ett medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall.

För att behandlingen skall omfattas av försäkringen skall den vara medicinskt vedertagen av den medicinska expertisen i Norden. Behandlingen skall vara medicinskt nödvändig och korrekt för den aktuella skadan. Bli behandlingen mer omfattande eller utgiften större än det som anses nödvändigt, kan försäkringsgivaren reducera ersättningen till normal nivå. Det är behandlande läkare som bedömer om det är medicinskt nödvändigt att påbörja en behandling.

Försäkringsgivarens ansvarstid är obegränsad under försäkringstiden. Vid upphörande av försäkringen se kapitel 14.

Det framgår av försäkringsbeviset vilka speciella villkor försäkringen omfattar i tillägg till försäkringsmomenten som omfattas av dessa generella villkor.

1.5.1. Krisstöd

Försäkringen täcker kostnader för upp till 10 psykologibehandlingar per händelse, vid olycka, dödsfall, allvarlig sjukdom, överfall eller inbrott. Vid denna behandling krävs ingen remiss men den skall vara förhandsgodkänd av försäkringsgivaren.

1.5.2. Second Opinion

Ytterligare medicinsk bedömning av specialistläkare. Gäller en konsultation per försäkringsfall, och gäller endast vid:

- Livshotande sjukdom och/ eller skada
- Särskilt riskfylld behandling

Konsultationen skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

1.5.3. Resekostnader

Försäkringen ersätter i efterhand utgifter för nödvändiga och skäligena resekostnader i förbindelse med sjukhusinläggning/operation/cancerbehandling och/ eller rehabilitering (gäller inte vid fysikalisk behandling). Kostnader för resa vid specialistläkarbesök ersätts om den försäkrade har längre än 15 mil mellan hemmet och behandlingsstället, enkel resa. Används egen bil täcker försäkringen milersättning enligt skatteverkets regler för milersättning.

Försäkringen ersätter utgifter för nödvändiga och skäligena resekostnader för en vuxen ledsagare i förbindelse med inläggning på sjukhus och operation när den försäkrade är under 18 år och/eller när det är medicinskt nödvändigt.

Alla resor skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

1.5.4. Kost och logi

Försäkringen täcker nödvändiga och skäligena kostnader för uppehälle (kost och logi) i förbindelse med inläggning på sjukhus och operation (gäller inte momentet specialistläkare och eller fysikalisk behandling) Försäkringen täcker även utgifter för nödvändiga och skäligena kostnader vid uppehälle för en vuxen ledsagare i förbindelse med inläggning på sjukhus och operation när den försäkrade är under 18 år och/eller när det är medicinskt nödvändigt.

Kostnader för uppehälle ersätts efter skatteverkets regler för kost och logi och skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren.

1.6. Var försäkringen gäller

Försäkringen gäller för behandling i Norden hos/vid behandlare/sjukhus/kliniker som försäkringsgivaren har samarbetsavtal med. Detta betyder att all behandling skall påbörjas i Norden och att den försäkrade vid remisskrav i försäkringsvillkoren skall vara remitterad från läkarspecialist i Norden.

Försäkringen gäller för behandling i Norden även om skada eller sjukdom inträffar utanför Norden.

Om försäkringsgivaren inte hittar vårdgivare och/eller kompetens i Norden, kan försäkringsgivaren använda sig av vårdgivare i det europeiska nätverket, förslagsvis så nära Norden som det är möjligt.

1.7. Registrering och förmedling av hälsoupplýsingar/ medicinsk dokumentation

Hälsoupplýsingar/medicinsk dokumentation som försäkringsgivaren mottager kan registreras och förmedlas till vald behandlingsinstitution.

1.8. Försäkringstiden och förnyelse

Försäkringsavtalet förnyas varje år så länge premien betalas och försäkringen inte sägs upp.

Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att inte förnya en försäkring när det föreligger särskilda grunder som gör det rimligt att avbryta försäkringsförhållandet.

1.9. Ändring av försäkringsvillkor och premier

Försäkringsgivaren kan ändra försäkringsvillkor och premier varje år i förbindelse med den årliga förnyelsen.

Försäkringsgivaren har rätt att använda sig av indexreglering av premietabellerna. Indexreglering genomförs varje år på försäkringens huvudförfallodag och med konsumentprisindex (KPI) per den 15 oktober året innan som jämförelsetal. Försäkringsgivaren har även rätt att ändra premien på försäkringens huvudförfallodag med anledning av förändringar i förhållandet mellan skadekostnader och premie.

Vid andra väsentliga ändringar kommer försäkringsstagaren att bli informerad om eventuella ändringar minst en månad innan försäkringens huvudförfallodag.

Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att överföra avtalet till annan försäkringsgivare förutsatt ett offentlig godkännande enligt försäkringsrörelselagen.

1.10. Försäkringstagarens rätt att avsluta och ändra försäkringsavtalet

Försäkringstagaren har rätt att ändra försäkringsavtalet innanför de regler som gäller. Försäkringsgivaren kan sätta som villkor för ändringen att försäkringstagaren godtar att försäkringsvillkor och priser på ändringstidpunkten görs gällande för hela avtalet.

Försäkringstagaren kan säga upp försäkringen med en månads varsel från den dag försäkringsgivaren har skickat ordinarie premieavi i förbindelse med förnyelse av försäkringsavtalet.

2. Vem har rätt att teckna bindande avtal för försäkringsgivaren

Bindande besked skall ges skriftligen från försäkringsgivarens huvudkontor. Finansiella rådgivare, försäkringsagenter, säljare eller förmedlare eller liknande, har inte vid något tillfälle fullmakt att teckna bindande avtal för försäkringsgivaren.

3. Ikraftträdelse

3.1. När försäkringsgivarens ansvar inträder för individuellt försäkringsavtal

Individuellt försäkringsavtal omfattar enskilda personer och har tecknats på individuell basis.

Försäkringen gäller från och med den första i månaden efter det att försäkringen är utställd, under förutsättning att första premien är betald och under förutsättning att den försäkrade lämnar en hälsodeklaration som kan godkännas av försäkringsgivaren. (Ikraftträdelsetidpunkten)

3.2. När försäkringsgivarens ansvar inträder för kollektivt försäkringsavtal

Kollektivt försäkringsavtal gäller från den dag försäkringsgivaren mottager skriftligt besked om att erbjudandet är accepterat av försäkringstagaren och första premien har betalats.

För den enskilde medlemmen inträder försäkringsgivarens ansvar när han eller hon uppfyller det ansökningsförfarande som angivits i försäkringsavtalet, är fullt arbetsför och försäkringsgivaren har mottagit besked om detta.

För påanmälan av försäkrad skall försäkringstagaren vända sig till försäkringsgivaren.

3.2.1. När den försäkrade skall lämna hälso-deklaration till försäkringsgivaren gäller följande:

- För medlemmar av en grupp som omfattas av kollektivt försäkringsavtal, träder försäkringsgivarens ansvar in när gruppmedlemmen uppfyllt försäkringsvillkoren inskrivet i försäkringsavtalet och under förutsättning att den försäkrade lämnar en hälsodeklaration som kan godkännas av försäkringsgivaren.

3.2.2 När den försäkrade inte skall lämna hälso-deklaration till försäkringsgivaren gäller följande:

- För medlemmar av grupp som omfattas av kollektivt försäkringsavtal, träder försäkringsgivarens ansvar in när gruppmedlemmen uppfyllt försäkringsvillkoren inskrivet i försäkringsavtalet och att försäkringstagaren skriftligt bekräftat att den det gäller uppfyller det ansökningskrav som angivits i försäkringsavtalet.

4. Upplyningsplikt vid avtalsetablering och konsekvenser av att ge felaktiga upplysningar

4.1. Försäkringstagarens och den försäkrades plikt att ge information om risken.

Försäkringstagaren och den försäkrade skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor och är skyldiga att på försäkringsgivarens begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkringen skall meddelas, utvidgas eller förnyas.

4.2. Konsekvenser av att ge oriktiga upplysningar

Har den försäkrade svikligt eller i strid med tro och heder lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter är försäkringen ogiltig och försäkringsgivaren är fri från ansvar för försäkringsfall som inträffar därefter.

Har den försäkrade uppsåtligt eller av oaktsamhet som inte är ringa lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse för riskbedömningen och försäkringsgivaren inte skulle ha meddelat försäkringen om upplysningsplikten hade fullgjorts, är försäkringsgivaren fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall och kan säga upp försäkringen för upphörande eller ändring.

Om försäkringen blir ogiltig på grund av svek behåller försäkringsgivaren inbetald premie. Om försäkringen sägs upp, återbetalas resterande premie till försäkrings- tagaren. Eventuell utbetalad ersättning skall betalas tillbaka till försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren kan räkna av motfordran.

5. Undantag och begränsningar

Försäkringsgivaren täcker inte kostnader för:

1. Behandling av sjukdom/skada som kräver akut hjälp/ behandling och följer därav.
2. Behandling som inte är medicinskt nödvändig, be- handling som utförs av icke legitimerad vårdpersonal och/eller som inte är baserad på vetenskapligt kontroll- erade kliniska studier samt komplikationer och andra följder av sådan behandling.
3. Kostnader i förbindelse med kosmetisk behandling/ operation och komplikationer samt följder av sådan behandling.
4. Behandling av övervikt, som diet, viktreglering och fetmaoperation samt följder av sådan behandling/ operation.
5. Skada som inträffat genom kärnfysisk explosion eller radioaktiv strålning.
6. Borttagning och kontroll av leverfläckar/ födelsemärken om det inte finns misstanke om malignitet.
7. Avtalad konsultation, behandling, operation och rese- kostnader där den försäkrade uteblir alternativt avbokar senare än 24 timmar innan avtalad konsultation.
8. Dialysbehandling.
9. Behandling eller operation vid sterilisering, abort, prevention, graviditet, födsel, familjeplanering/ barn- löshet eller könsbyte samt följder av sådan behandling.
10. Behandling av sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen.
11. Utredning, behandling och operation av snarkning och sömnapné, samt tillhörande medicinsk utrustning.
12. Konsultation, behandling, kontroll eller operation av tänder, tandsjukdom och tandskador hos tandläkare, tandläkarspecialist, tandhygienist, tandtekniker.
13. Behandling av drog-, spel- och medicinberoende samt sjukdom, skador eller olycksfall som förorsakats av alkohol, andra berusningsmedel, medicin eller narkotiska preparat.
14. Behandling eller operation till följd av skada/besvär/ sjukdom som den försäkrade orsakat sig själv genom grov oaktsamhet eller riskfyllt beteende.
15. Behandling hos psykiater och/eller vid psykiatrisk institution eller institution för behandling av person- lighetsstörningar.
16. Behandling av psykosor eller andra allvarliga psykiska sjukdomar.
17. Köp och/eller hyra av permanenta medicinska hjälpmedel och/eller köp av medicin.
18. Utprovning och köp av hörapparat.
19. Syntest, glasögon och kontaktlinser samt operation för korrektion av när- och långsynthet samt brytningsfel.
20. Vaccination och förebyggande hälsokontroll om inget annat är överenskommet.
21. Vistelse på rehabiliteringsinstitution utan aktiv rehabilitering, bl.a. vistelse på kuranstalt, bad och annan motsvarande institution.
22. Behandling och utredning av demenssjukdom.
23. Försäkringsgivaren ersätter inte kostnader eller utgifter som kan ersättas på annat sätt genom lagar, föreskrifter, konventioner, annan försäkring eller kollektivavtal.

6. Behandlande institutions ansvar för behandlingen

Försäkringsgivaren har ingått avtal med sjukhus som erbjuder behandling till de personer som är försäkrade hos försäkringsgivaren. Dessa sjukhus har försäkringar som täcker konsekvenser av eventuella fel eller misstag som uppstår under behandlingen. Även specialist utanför sjukhus som behandlar någon som är försäkrad av försäkringsgivaren skall ha sådan ansvarsförsäkring. De ekonomiska konsekvenserna av fel eller misstag i samband med behandling är behandlande institutions ansvar, inte försäkringsgivarens. Försäkringsgivaren är inte heller ansvarigt för men eller andra skador av icke ekonomisk art.

7. Premie för rökare

För individuella försäkringar är premien beräknad utifrån om den försäkrade röker. Om den försäkrade börjar röka dagligen och premien är beräknad på att den försäkrade inte röker dagligen, förpliktas sig han/hon att snarast meddela detta till försäkringsgivaren. Om detta inte meddelas senast vid den första premieinbetalningen efter att den försäkrade börjat röka kommer försäkringsgivarens ansvar för varje kommande försäkringsfall reduceras i förhållande till försummelsen.

8. Premiebetalning

Premien fastställs för ett försäkringsår åt gången och beräknas bland annat på bakgrund av gruppens sammansättning, försäkringens omfattning, skadeutvecklingen i gruppen och försäkringsgivarens gällande premietabeller.

Premien beräknas från den första i månaden efter att försäkring har meddelats.

8.1. Avisering om premieinbetalning och konsekvenser av utebliven betalning

Försäkringstagare eller betalare får en avisering om inbetalning av premien. Om premien skall betalas månadsvis med autogiro sker avisering av samtliga betalningar under försäkringstiden en gång per år. Betalningsfristen för premie som inte är den första premien är minst en månad.

Om premien inte betalas senast den dag betalningsfristen utlöper, kommer försäkringsgivaren att skicka en påminnelse med betalningsfrist på minst 14 dagar. För påminnelse utgår lagstadgad påminnelseavgift. Om inbetalning av premie, som inte är den första premien, inte sker senast angivet datum kommer försäkringsgivarens ansvar att upphöra. Försäkringsgivaren har även rätt att säga upp avtalet. Meddelande om uppsägning skickas till gruppföreträdaren och till grupplemmarna. Avtalet upphör då efter 14 dagars uppsägningstid om premien inte betalas dessförinnan.

9. Upplyningsplikt vid krav på utbetalning och konsekvenser av felaktiga upplysningar

9.1. Upplyningsplikt och dokumentation

Varje person som anser sig ha anspråk att rikta mot försäkringsgivaren skall utan oskäligt dröjsmål upplysa om detta och ge försäkringsgivaren de upplysningar och handlingar som han eller hon har tillgängliga och som försäkringsgivaren behöver för att kunna ta ställning till kravet och betala ut ersättningen.

Försäkringsutbetalningen kan vara beroende av att den som gör anspråk ger försäkringsgivaren de fullmakter som krävs för att inhämta information och för att kunna ta ställning till kravet om ersättning. Försäkringsgivaren kan kräva att undersökning görs av en viss läkare. Båda parter har rätt att inhämta bedömning av specialist.

9.2. Konsekvenser av att ge oriktiga upplysningar

Om någon uppsåtligt eller av grov vårdslöshet oriktigt har uppgett, förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning från försäkringen, kan den ersättning som annars skulle betalats till honom sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

10. Frister

10.1. Frist för att anmäla skada

Försäkringsfall skall anmälas till försäkringsgivaren utan dröjsmål och senast inom ett år efter det att försäkringstagaren/försäkrade har fått vetskap om det förhållande som ligger till grund för kravet, annars kan rätten till ersättning minskas efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

10.2. Frist för att väcka talan mot försäkringsgivaren

Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning måste väcka talan mot försäkringsgivaren inom tre år efter att han fått kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från det att anspråket tidigast kunde göras gällande. Annars går rätten till ersättning förlorad. Om anspråk har framställts till försäkringsgivaren inom denna tid, är fristen enligt första alltid minst sex månader från försäkringsgivaren har förklarat att det har tagit slutlig ställning till anspråket.

10.3 Ränthebestämmelser vid utbetalning

Om försäkringsgivaren inte har ersatt berättigade och dokumenterade krav inom en månad efter mottagandet, skall försäkringsgivaren betala dröjsmålsränta i enlighet med räntelagen (1975:635).

10.4 Behandlingsgaranti- erbjudande om behandling inom maximalt 14 arbetsdagar

Försäkringen garanterar tillgång till behandling inom 14 arbetsdagar räknat från det datum försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation. Behandlingen skall vara ersättningsbar och förhandsgodkännas av försäkringsgivaren. Om en behandling består av flera planerade behandlingar gäller behandlingsgarantin den första behandlingen.

Behandlingsgarantin gäller inte om den försäkrade inte kan behandlas, eller om behandlingen måste senareläggas av medicinska orsaker. Under den period behandlingsgarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla försäkringsgivaren underrättad om hur han/hon kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om behandling, uteblir från planerad behandling, önskar behandling efter det att behandlingsgarantin har gått ut eller om den försäkrade kommer överens med läkaren/ behandlaren om att senarelägga behandlingen kommer behandlingsgarantin upphöra att gälla.

Om behandlingsgarantin inte uppfylls har den försäkrade rätt till en ersättning om 500 kr per dag fr.o.m. dag 15 fram till dess att erbjudande om behandling kan ges, dock inte längre än 30 dagar.

11. Ersättningsregler/utbetalning av utgifter

Utgifter som är förhandsgodkända av försäkringsgivaren och som omfattas av försäkringen ersätts mot inskickat daterat och specificerat originalkvitto samt skadeanmälan innehållande följande:

- orsak/ diagnos
- behandlingsdatum
- symptomdebut
- behandlingsställets/läkarens namn och adress
- den behandlades (försäkrades) namn, adress, person och kontonummer

Kostnader för inläggning på sjukhus med och utan operation och rehabilitering som är förhandsgodkända av försäkringsgivaren betalas direkt till sjukhuset/rehabiliteringsinstitutionen.

Kostnader för resa och uppehälle ersätts mot inskickat specificerat originalkvitto.

Om behandlingsgarantin inte uppfylls betalas ersättningen ut till den försäkrade.

12. Regress

Kan den försäkrade begära att tredje man ersätter skadan, inträder försäkringsgivaren i försäkringstagarens rätt mot tredjeman vid utbetalning och ersättning. Den person/försäkringstagare som skadan gäller är skyldig att ge försäkringsgivaren alla de upplysningar som finns tillgängliga för dem och som är av betydelse för försäkringsgivarens genomförande av regressen.

Om försäkringstagaren inte uppfyller sina plikter i förhållande till det avtal som har ingåtts och att försäkringsgivaren med anledning av detta blir ersättningskyldig, kan försäkringsgivaren begära regress mot försäkringstagaren.

13. Behandling av tvister

Om tvist uppstår mellan försäkringstagare/försäkrad och försäkringsgivare, kan den handläggas vid allmän domstol i Sverige med tillämpning av svensk rätt.

Rättstvister skall lösas enligt svensk lag.

14. Upphörande av försäkringen

14.1. Individuella försäkringar upphör att gälla:

- när den försäkrade inte längre är fast bosatt i Norden, så länge inget annat är avtalat
- från den tidpunkt den försäkrade inte längre är medlem i någon försäkringskassa i Norden
- från den tidpunkt försäkringsavtalet upphör att gälla på grund av uppsägning av försäkringstagaren eller försäkringsgivaren
- vid utebliven betalning av premie

Rätten till ersättning av kostnader till behandling upphör vid den tidpunkt som försäkringen upphör att gälla.

14.2. För kollektiva försäkringsavtal upphör försäkringen att gälla:

- när den försäkrade inte längre är en naturlig del av gruppen. Upphörande räknas från den dag den försäkrade inte längre tillhör gruppen
- när den försäkrade fyller 67 år, om inget annat är överenskommet och som framgår av försäkringsbrevet
- när den försäkrade inte längre är fast bosatt i Norden, så länge inget annat är avtalat
- från den tidpunkt den försäkrade inte längre är medlem i någon försäkringskassa i Norden
- från den tidpunkt försäkringsavtalet sägs upp av försäkringstagaren eller försäkringsgivaren

14.3. Försäkrades rätt till fortsättningsförsäkring och efterskydd vid kollektiva försäkringsavtal

Fortsättningsförsäkring är den enskilde gruppmedlemmens rätt till fortsättningsförsäkring om det kollektiva grupp-försäkringsavtalet avslutas eller om den enskilde gruppmedlemmen inte längre tillhör den avtalade definierade gruppen.

Den försäkrade har rätt till fortsättningsförsäkring utan att lämna ny hälsodeklaration:

- om den försäkrade självmant säger upp sin anställning
- om den försäkrade har omfattats av försäkringen i minst sex månader
- om försäkringen sägs upp av arbetsgivaren (försäkringstagaren)
- om försäkringsgivaren säger upp det kollektiva försäkringsavtalet vid avtalsperiodens slut

Fortsättningsförsäkring skall tecknas inom 3 månader från det datum den gamla försäkringen meddelats avslutad utan avbrott med premiebetalning. Vid fortsättningsförsäkring erbjuds motsvarande försäkring med individuella villkor och premier.

Om en kollektiv försäkring upphör att gälla har den försäkrade rätt till tre månaders efterskydd efter utträdet.

Rätt till efterskydd gäller inte i något fall om den försäkrade:

- har omfattats av försäkringen i kortare tid än sex månader när den upphör att gälla
- har fått eller tackat nej till jämförbar försäkring från annat håll
- har uppnått viss ålder och försäkringen har upphört att gälla på grund av detta
- själv har sagt upp sin försäkring

15. Speciella bestämmelser

15.1. Krig och oroligheter

Försäkringen gäller inte vid deltagande i militära styrkor med uppdrag utanför Norden, med mindre än att den försäkrade intygar att skadan inte kan relateras till detta.

Försäkringsgivaren ansvarar inte för skada/sjukdom som visar symtom inom 1 år efter vistelse i land där krig eller oroligheter råder och som kan anses ha varit en följd av kriget eller oroligheterna. Om det bryter ut krig eller oroligheter under tiden som den försäkrade vistas i området gäller försäkringen den första månaden under förutsättning av att den försäkrade inte deltar i kriget eller oroligheterna.

15.2. Force majeure

Den försäkrade kan inte göra sin rätt gällande enligt dessa villkor om försäkringsgivaren är förhindrad att uppfylla sina plikter pga. force majeure. Försäkringsgivaren är inte ansvarig för förlust som kan uppkomma genom fördröjning av handläggningstid utredning eller utbetalning pga. krig, politiska oroligheter, lagbud, myndighets åtgärd eller stridsåtgärder i arbetslivet.

Särskilda villkor nr. 06.01.01

Inläggning på sjukhus med operation

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen Inläggning på sjukhus med operation.

2. Vad försäkringen omfattar

Momentet inläggning på sjukhus med operation är ett moment som ersätter:

- Kostnader för operation och vård vid inläggning på privat sjukhus
- Kostnader för rehabilitering

2.1. Behandling på privat sjukhus

Försäkringen täcker kostnader för medicinskt nödvändig diagnostisering, behandling och operation av somatiska sjukdomar som kräver övernattning på sjukhus. Det krävs remiss från läkare och inläggningen/behandlingen skall förhandsgodkännas av försäkringsbolaget.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Inläggning på sjukhus med operation

Kostnader för medicinsk behandling, diagnostisering och operation av somatisk sjukdom vid privat sjukhus, som kräver övernattning på sjukhus, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga undersökningar, tester och provtagningar i direkt och omedelbar anslutning till operationen på sjukhuset	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga mediciner och hjälpmedel som används och administreras under behandling/ operationen på sjukhuset	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen, som t ex proteser och implantat	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Rehabilitering upp till 28 dygn på rehabiliteringsinstitution i Norden. Rehabiliteringen skall vara en nödvändig och direkt följd av och nödvändig del av operationen, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till rehabiliteringsinstitutionen av försäkringsgivaren

Särskilda villkor nr. 06.02.01

Dagkirurgi. Operation utan inläggning på sjukhus

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för momentet Dagkirurgi.

2. Vad försäkringen omfattar

Momentet Dagkirurgi är ett moment som ersätter:

- Kostnader för operation på privat sjukhus eller hos godkänd läkarspecialist, som inte kräver övernattnings på sjukhus.

2.1. Dagkirurgi

Försäkringen täcker kostnader för nödvändig operation som inte kräver övernattnings på sjukhus. Det krävs remiss från läkare och operationen skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Dagkirurgi

Kostnader för operation på privat sjukhus eller hos godkänd läkarspecialist som inte kräver övernattnings, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto
Nödvändiga undersökningar, tester och provtagning i direkt och omedelbar anslutning till operationen	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto
Nödvändiga mediciner och hjälpmedel som används och administreras under operationen	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto
Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen, som t ex proteser och implantat	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto

Särskilda villkor nr. 06.03.01

Inläggning på sjukhus utan operation

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för momentet Inläggning på sjukhus utan operation.

2. Vad försäkringen omfattar

Momentet Inläggning på sjukhus utan operation är ett moment som ersätter:

- kostnader för behandling vid inläggning på privat sjukhus (inte operation)
- kostnader för rehabilitering

2.1. Behandling på privat sjukhus

Försäkringen täcker kostnader för nödvändig behandling av somatiska sjukdomar som kräver övernattnings på sjukhus (inte operation), efter remiss från läkare.

Inläggningen/behandlingen skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren

Vilka kostnader som ersätts gällande: Inläggning på sjukhus utan operation

Kostnader för medicinsk behandling (inte operation) av somatisk sjukdom på privat sjukhus, som kräver övernattnings på sjukhus, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga undersökningar, tester och provtagning i direkt och omedelbar anslutning till behandlingen	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga mediciner och hjälpmedel som används och administreras under behandlingen	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen, som t ex proteser och implantat	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Rehabilitering upp till 28 dygn på rehabiliteringsinstitution i Norden. Rehabiliteringen skall vara en nödvändig och direkt följd av och nödvändig del av behandlingen, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till rehabiliteringsinstitution av försäkringsgivaren

Särskilda villkor nr. 06.04.01

Specialistläkarbehandling

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för momentet specialistläkarbehandling.

2. Vad försäkringen omfattar

Momentet Specialistläkarbehandling är ett moment som i efterhand ersätter dokumenterade kostnader för medicinskt nödvändig behandling av somatisk sjukdom, av den försäkrade som inte medför inläggning på sjukhus och övernattningskostnader. Behandlingen skall genomföras hos offentligt godkänd specialistläkare. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren. Kan krävas remiss om detta framkommer i försäkringsbrevet.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Specialistläkarbehandling

Kostnader för behandling hos specialistläkare av somatisk sjukdom. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto
Nödvändiga undersökningar, tester och provtagning i direkt och omedelbar anslutning till behandlingen	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto
Nödvändiga mediciner och hjälpmedel som används och administreras under specialistläkarbehandlingen	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto

Särskilda villkor nr. 06.05.01

Cancerbehandling

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för momentet Cancerbehandling.

2. Vad försäkringen omfattar

Momentet Cancerbehandling är ett moment som ersätter:

- kostnader för diagnostisering och primär behandling av cancersjukdomar på sjukhus, som operation, cellgifts- och strålbehandling
- kostnader för rehabilitering

2.1. Cancerbehandling

Försäkringen ersätter kostnader för medicinskt nödvändig undersökning, operation och behandling av cancer, efter remiss från läkare. Inläggning på sjukhus/ behandlingen skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Cancerbehandling

Kostnader för diagnostisering och primärbehandling av cancersjukdomar på sjukhus, samt operation, cellgiftsbehandling och strålbehandling, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga undersökningar, tester och provtagning i direkt och omedelbar anslutning till cancerbehandlingen	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga mediciner och hjälpmedel som används och administreras under behandlingen på sjukhuset/kliniken	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen, som t ex proteser och implantat	Betalas direkt till privatsjukhuset av försäkringsgivaren
Rehabilitering upp till 28 dygn på rehabiliteringsinstitution i Norden. Rehabiliteringen skall vara en nödvändig och direkt följd av och nödvändig del av cancerbehandlingen, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till rehabiliteringsinstitutionen av försäkringsgivaren

Särskilda villkor nr. 06.06.01

Fysikalisk behandling. Sjukgymnast, kiropraktor och/ eller naprapat

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för momentet Fysikalisk behandling.

2. Vad försäkringen omfattar

Fysikalisk behandling är ett moment som i efterhand ersätter dokumenterade kostnader för medicinskt nödvändig sjukgymnastik-, kiropraktor och/eller naprapat-behandling av den försäkrade hos legitimerad behandlare, efter remiss från läkare. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Fysikalisk behandling

Fysikalisk behandling av legitimerad sjukgymnast, kiropraktor och/eller naprapat efter remiss från läkare. Upp till 24 st. behandlingar per kalenderår. Behandlingen skall vara förhandsgodkänd av försäkringsgivaren	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Särskilda villkor nr. 06.09.01

Psykologibehandling

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för momentet Psykologibehandling.

2. Vad försäkringen omfattar

Momentet Psykologibehandling är ett moment som i efterhand ersätter dokumenterade kostnader för medicinskt nödvändig behandling av den försäkrade hos legitimerad psykolog/psykoterapeut steg II, av lättare psykiska besvär, efter remiss från läkare. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

Om inget annat är överenskommet, är antalet konsultationer begränsade till 10 per försäkringsfall.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Psykologibehandling

Kostnader för behandling av lättare psykiska besvär, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren. Maximalt 10 konsultationer per försäkringsfall	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat originalkvitto
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Speciella villkor nr. 06.11.01

Psykologibehandling Topp

1. Vilka villkor som gäller

De generella villkoren i DKV Hälsas Sjukvårdsgaranti gäller tillsammans med dessa speciella villkor för försäkringen Psykologibehandling Topp.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen Psykologibehandling Topp är en sjukvårdsförsäkring som ersätter dokumenterade utgifter för psykosocial rådgivning och psykologisk nödvändig behandling av försäkrad hos ett tvärprofessionellt team bestående av socionomer, leg.sjuksköterskor, leg. psykologer och leg.psykoterapeuter II, för lättare psykiska besvär.

Försäkringen Psykologibehandling Topp kan användas dygnet runt vid rådgivning och konsultation i förbindelse med aktuella psykosociala problem. Behandling startar alltid via försäkringsgivarens online service eller telefon. Saklig värdering och vägledning via telefon eller online-service ligger till grund för start av behandling.

Det krävs ingen remiss från läkare och behandlingen behöver inte heller vara förhandsgodkänd av försäkringsgivaren.

Försäkringen Psykologibehandling Topp omfattar:

- Samlivsproblem (familj, förhållande), maximalt 5 rådgivningar (telefon eller online) och 10 konsultationer per försäkringsfall
- Anhörig och trivselproblem, maximalt 5 telefonrådgivningar per försäkringsfall
- Juridisk konsultation, maximalt 1 telefon eller avtale per försäkringsfall
- Ekonomisk konsultation, maximalt 1 telefon eller avtale per försäkringsfall

Vilka kostnader som ersätts gällande: Psykologibehandling Topp

Utgifter till behandling av lättare psykiska besvär. Behandling startar alltid via Försäkringsgivarens online service eller telefon. <ul style="list-style-type: none">• Samlivsproblem (familj, förhållande), maximalt 5 rådgivningar och 10 konsultationer per försäkringsfall• Anhörig och trivselproblem, maximalt 5 telefonrådgivningar per försäkringsfall• Juridisk konsultation, maximalt 1 telefonrådgivning per försäkringsfall• Ekonomisk konsultation, maximalt 1 telefonrådgivning per försäkringsfall	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

Hur gör du om du har klagomål

Vid klagomål till bolaget

Har du frågor eller klagomål på försäkringen kan denna ställas till DKV Hälsa via telefon, e-post eller vanlig post.

Om du har ett klagomål och du bedömer detta som ett allvarligt klagomål rekommenderar vi att du skickar in detta per post till:

DKV Hälsa
Rålambsvägen 17, 14 tr
S 100 26 Stockholm

Tel. 08-619 62 00
Fax: 08-619 62 80
E-post: info@dkvhalsa.se

Observera!

För snabbare handläggning av ditt klagomål ange namn och adress på försäkringstagaren och avtalsnumret på försäkringsbrevet.

Nästa prövningsinstans

Om du är missnöjd med DKV Hälsas klagomålshantering eller utfallet av denna, kan ärendet föreläggas:

Allmänna reklamationsnämnden
Box 174
101 23 Stockholm
Telefon 08-783 17 00

Prövningen är kostnadsfri. Avgörande i nämnden är inte rättsligt bindande. Om det avgörande som träffas i nämnden bestrids av kunden eller bolaget, kan saken alltid prövas av allmän domstol.

Definitioner

Definitionerna nedan fastställer vad respektive ord betyder i försäkringsavtalet.

Försäkringsgivaren

Storebrand Helseforsikring AS
www.storebrand.no/helse - www.dkvhalsa.se

Försäkringstagare

Försäkringstagaren är den som ingår ett försäkringsavtal med försäkringsgivaren. Försäkringstagaren har ägande-, och dispositionsrätt över försäkringen.

Försäkrad

Försäkrad är den person vars hälsa försäkringen gäller för.

Individuellt försäkringsavtal

Försäkring som omfattar enskilda personer och som är tecknad på individuell basis.

Kollektivt försäkringsavtal

Försäkring som omfattar personer i en närmare angiven grupp.

Medlemmar

Medlemmar är de försäkrade personer som ingår i ett kollektivt försäkringsavtal och som uppfyller de ansökningskrav som angivits i försäkringsavtalet.

Norden

Norden omfattar i denna försäkring Norge (exklusive Svalbard), Sverige, Finland och Danmark (exklusive Grönland och Färöarna).

Försäkringstiden

Försäkringstiden är den tid som försäkringen är ikraft. Försäkringen förnyas en gång om året. För den enskilde försäkrade, som en del av en gruppförsäkring, förstås försäkringstiden som den period vederbörande tillhör den grupp som försäkringsavtalet omfattar.

Försäkringsfall

Ett försäkringsfall skall anses ha inträffat vid den tidpunkt som den försäkrade blir undersökt eller uppsöker behandlare av en ersättningsbar sjukdom eller skada. Flera skador och sjukdomstillfällen som har ett medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall.

Läkare

Läkarutbildad person, offentligt godkänd (legitimerad) till att behandla patienter av myndigheterna i det land vederbörande praktiserar.

Specialistläkare

Offentlig legitimerad och godkänd specialistläkare.

Patient

Person som undersöks och/ eller behandlas för ett medicinskt besvär av legitimerad vårdpersonal.

Privatpatient

Patient som på egen hand eller via ett försäkringsbolag själv står för kostnaderna för behandling/undersökning på sjukhus eller hos specialist.

Behandlingsställe

Den institution eller mottagning där undersökning eller behandling i regi av specialist eller vårdinstitution sker och normalt skall ske.

Sjukhus

En institution med offentligt godkännande som sjukhus, för behandling av somatiskt sjuka och skadade personer.

Privat sjukhus

Ett sjukhus som behandlar privatpatienter.

Fullt arbetsför

Med fullt arbetsför menas att vederbörande kan fullgöra sitt vanliga arbete motsvarande en heltidsanställning. Den som är helt eller delvis arbetsoförmögen eller som får ersättning från försäkringskassa på grund av helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga, räknas inte under några omständigheter som fullt arbetsför.

Remiss

Remiss är en ordination som skrivits av behandlare med förskrivningsrätt. Remissen skall dokumentera nödvändig medicinsk indikation för start av behandling.

Åkomma

Tillstånd som medför onormalt obehag och/eller smärta och som innebär nedsatt funktionsförmåga.

Symtom

Subjektiva eller objektiva tecken på kroppsligt tillstånd som förbinds med sjukdom.

Somatisk sjukdom

Störning av normala fysiologiska tillstånd och processer i ett eller flera organ som ger eller kommer att ge, kroppsligt obehag, och som leder till mer än obetydligt nedsatt och/eller störd fysisk funktionsförmåga, och som upplevs som behandlingskrävande av den sjuke och dennes läkare.

Olycksfallsskada

Olycksfallsskada är en kroppsskada som den försäkrade ofrivilligt drabbas av genom en plötslig yttre händelse.

Cancer

Elakartad sjukdom som framträder ohämmat genom okontrollerbar celltillväxt och utvecklande av svulster som inte är inkapslade och som kan utveckla dotter-svulster (metastaser). Leukemi och maligna lymfom är också cancer. Diagnosen skall ställas av läkarspecialist på offentligt eller privat sjukhus som har godkänts av försäkringsgivare, genom mikroskopisk undersökning av kroppsvävnad eller vätska.

Psykisk sjukdom

Störning i normala psykiska tillstånd och processer som upplevs som behandlingskrävande.

Lättare psykiska besvär

Som lättare psykiska besvär räknas ångestbesvär, mild depression, fobier, tvångsbesvär och psykiska reaktioner på allvarliga livshändelser.

Svårare psykiska besvär

Psykos eller annan allvarlig psykisk sjukdom som exempelvis schizofreni och andra akuta och kroniska psykoser och utvecklingsstörningar.

Prover

Undersökning av kroppsvätskor, vävnad eller organ som utförs av legitimerad personal för att identifiera möjliga sjukdomstillstånd, och som är förordat av läkare.

Behandling

Undersökning och/eller terapeutiska åtgärder utförs av legitimerad vårdpersonal eller annan personal som

är offentligt godkänd i det land de praktiserar. För att behandlingen skall täckas av försäkringen måste den vara allmänt accepterad av medicinsk expertis i Norden. Behandling skall vara nödvändig, rationell och adekvat för den aktuella sjukdomen. Risk och kostnader måste stå i förhållande till nyttoeffekten.

Påbörjad behandling

Behandling som har påbörjats efter remiss eller ordination från läkare.

Dagkirurgi

Operation som inte kräver övernattnings.

Poliklinisk behandling

Medicinsk undersökning och/eller behandling av specialist som inte kräver övernattnings på sjukhus.

Inläggning på sjukhus

Behandling och/eller undersökning på privat sjukhus, när behandlingen eller undersökningen av medicinska orsaker kräver att patienten ligger på sjukhus minst en natt.

Operation

Kirurgiskt ingrepp som innebär genomskärning av hud eller slemhinna för att behandla (vidta terapeutiska åtgärder) eller ta bort sjukt organ eller kroppsdel. Gäller inte undersökning. För att operationen skall täckas av försäkringen måste den vara allmänt accepterad av den medicinska expertisen i Norden. Operationen måste vara nödvändig, rationell, adekvat, riktig och tillräcklig för den aktuella sjukdomen. Risk och kostnader måste stå i förhållande till nyttoeffekten. Operationen skall utföras på sjukhus, klinik eller annan institution där sådana ingrepp normalt görs, och av läkare som är legitimerade att utföra behandlingen. Operation kan även omfatta laserbehandling.

Laserbehandling

Behandling med medicinskt laserinstrument som ersätter kirurgiskt ingrepp.

Fysikalisk behandling

Sjukgymnastik, kiropraktor och/ eller naprapatbehandling. Behandling efter accepterade behandlingsmetoder av en sjukgymnast, kiropraktor eller naprapat som är legitimerad i det land som behandlingen utförs.

Kosmetisk behandling

Behandling som inte är medicinskt nödvändig och som utförs i syfte att ändra patientens utseende till något som denne uppfattar som någonting bättre.

Rehabilitering

Behandling/åtgärder för att återställa funktioner. Behandlingen skall utföras av vårdpersonal som är legitimerad i det land behandlingen utförs.

Akut hjälp

Hjälp som ges vid oförutsedd akut sjukdom/skada eller vid akut försämring av känd sjukdom som kräver omedelbar behandling.

FAL - Försäkringsavtalslagen

Försäkringsavtalslagen (2005:104) reglerar de viktigaste rättigheterna och skyldigheterna i förhållandet mellan försäkringsgivaren och försäkringstagaren, den försäkrade eller dennes rättighetshavare.

DKV Hälsa

Rålambsvägen 17, 14 tr., S-100 26 Stockholm, Telefon: +46 8 649 62 00, www.dkvhälsa.se

