



DKV Hälsa Vårdförsäkring

VÄGLEDNING OCH FÖRSÄKRINGSVILLKOR

- FÖR INDIVIDUELLT OCH KOLLEKTIVT FÖRSÄKRINGSAVTAL

OSLO, DECEMBER, 2022



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, Vasagatan 10, S-105 39 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, Professor Kohts vei 9, Postboks 464, N-1327 Lysaker, 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.

Vi föreslår att du förvarar försäkringsdokumenten på ett ställe där du snabbt hittar dem om det skulle behövas. Du kan även ladda hem vår app DKV Hälsa via App Store eller Google Play. När du har registrerat dig har du enkel tillgång till dina försäkringsvillkor. Genom appen kan du bland annat boka tid för vård samt ansöka om ersättning för behandlingkostnader.

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

Skriv till admin@dkvhalsa.se eller ring 08-619 62 00.

Med vänliga hälsningar
Bjarke Thorøe Verkställande Direktör
DKV Hälsa/ Storebrand Helseforsikring AS

Innehållsförteckning

Hur du använder din försäkring	4
Översikt över tjänster och kostnader som kan ersättas av försäkringen	6
Allmänna villkor	7
Särskilda villkor nr. 06.01.01	14
Särskilda villkor nr. 06.02.01	15
Särskilda villkor nr. 06.03.01	16
Särskilda villkor nr. 06.04.01	17
Särskilda villkor nr. 06.05.01	18
Särskilda villkor nr. 06.06.01	19
Särskilda villkor nr. 06.09.01	20
Särskilda villkor nr. 06.11.01	21
Särskilda villkor nr. 06.12.01	22
Behandling av personuppgifter	24
Prövning av beslut i försäkringsärende	25
Definitioner	26

Hur du använder din försäkring

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

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.

Boka vård

Via tjänsten Vård Online i vår mobilapp "DKV Hälsa" kan du chatta med en läkare online eller få hjälp att boka tid hos en specialist.

Du kan också ringa till vår Helpline, som är bemannad av legitimerade sjuksköterskor, på telefon 0770 456 780. 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. Om du behöver avboka en tid så behöver det göras senast 24 timmar innan avtalad konsultation, avbokning behöver ske under helgfri vardag och det går ej att avboka via e-post.

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.

Offentlig vård

För patientavgifter inom offentlig vård lämnas ersättning upp till högkostnadsskyddet. Om du har remisskrav i din försäkring så täcker vi behandling som är remitterad av läkare. Det framgår av ditt försäkringsbrev om du har remisskrav.



Det enklaste sättet att
att boka vård är via vår mobilapp
"DKV Hälsa"



Remisshantering

Blir du remitterad till specialistläkare, psykolog, fysioterapeut, 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 kvitton tillsammans med ifylld skadeanmälan och ev. remiss eller kopia av denna senast 12 månader efter avslutat besök/ behandling.

Det enklaste sättet att skicka in skadeanmälan är via vår mobilapp "DKV Hälsa", via appen kan du smidigt ta foto på kvitto eller remiss och sända in. Det går även att fylla i en skadeanmälan via vår hemsida www.dkvhalsa.se. Alla upplysningar i skadeanmälan behöver fyllas i.

Ersättningsanspråk kan behöva styrkas med inskickade orginalkvitton.

Kostnader för resa och uppehålle

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



Det enklaste sättet att skicka in skadeanmälan är via vår mobilapp "DKV Hälsa"

Översikt över tjänster och kostnader som kan ersättas av försäkringen

Kostnader för operation av kroppslig 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 kroppslig 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 kroppslig 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 skäligena 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 utredning/ behandling och inläggning på sjukhus är 14 arbetsdagar från det datum då försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation	Ersätts
Försäkringen ersätter nödvändiga kostnader för receptbelagda läkemedel som omfattas av försäkringen och läkemedelsförmånen. Ersättningen avser kostnader upp till gränsen motsvarande högkostnadsskyddet under en 12-månadersperiod	Ersätts
Fysikalisk behandling av kroppslig sjukdom hos legitimerad fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat upp till 24 st. behandlingar per kalenderår, det kan krävas att behandlingen skall vara remitterad av läkare. 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

Försäkringsgivare är Storebrand Helseforsikring AS, org.nr. 980 126 196 i Foretaksregistret, Brønnøysund, Norge, adress Professor Koths vei 9, Postboks 464, N-1327 Lysaker, Norge. Försäkringsgivaren representeras i Sverige av Storebrand Helseforsikring AS Norge, filial i Sverige, org.nr. 516402-6998, Vasagatan 10, S-105 39 Stockholm, med firma DKV Hälsa.

1.1. För försäkringsavtalet gäller

- Försäkringsavtalslagen (2005:104)
- Försäkringsrörelselagen (2010:2043) med föreskrifter
- Lag (1998:293) om utländska försäkringsgivares och tjänstepensionsinstituts verksamhet i Sverige
- Andra bestämmelser i lag eller som utfärdats 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 framgår av försäkringsbrevet. Texten i försäkringsbrevet äger företräde framför de allmänna försäkringsvillkoren och de särskilda villkoren. Texten i de särskilda villkoren äger företräde framför de allmänna försäkringsvillkoren. Försäkringsbrevet, de särskilda försäkringsvillkoren, de allmänna försäkringsvillkoren och eventuella övriga överenskommelser mellan parterna äger företräde framför sådana bestämmelser i lag eller andra bestämmelser som utfärdats med stöd av 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 och berättigad till ersättning från försäkringskassa i Norden. Försäkring kan tecknas mellan 0 och 66 år (ansökan måste vara bolaget tillhanda senast dagen innan den sökande fyller 67 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 och berättigade till ersättning från försäkringskassa i Norden. Försäkring kan tecknas mellan 16 och 66 år. Försäkringen upphör att gälla det försäkringsår som den försäkrade fyller 72 år om inte försäkringen tidigare av annan orsak upphört att gälla.

Idrottsföreningar eller idrottslag kan som grupp inte teckna försäkring, vare sig obligatoriskt eller frivilligt.

Vid kollektivt försäkringsavtal kan den enskilde försäkrade reservera sig mot att omfattas av försäkringen och DKV Hälsa skall meddelas detta genom en skriftlig bekräftelse på vem/vilka som reserverar sig. Om personen önskar ansluta sig till avtalet vid ett senare tillfälle gäller individuella villkor med hälsodeklaration.

1.4.3. Medförsäkrad till anställd

En anställd som är ansluten till ett kollektivt försäkringsavtal kan medförsäkra make/sambo och barn. Avtal för medförsäkrade kan endast tecknas med karens. Familjemedlemmar kan vara försäkrade under den tid den anställde omfattas av det kollektiva avtalet enligt punkt 1.4.2.

1.4.4. 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 under försäkringstiden till följd av sjukdom eller skada enligt försäkringens villkor.

Ett försäkringsfall skall anses ha inträffat vid den tidpunkt som den försäkrade blir undersökt eller uppsöker behandlare första gången för 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 vedertagen av den medicinska expertisen i Norden. Behandlingen skall vara medicinskt nödvändig och korrekt för den aktuella skadan. Blir 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 försäkringsbrevet vilka speciella villkor försäkringen omfattar i tillägg till försäkringsmomenten som omfattas av dessa generella villkor.

1.5.1. Karens

Kollektiva försäkringsavtal kan tecknas med eller utan karens, det framgår av ditt försäkringsbrev om du har karens. Gäller försäkringen med karens innebär det följande: försäkringen ersätter inte behandling för sjukdom eller skada som varit behandlad eller känd hos den försäkrade innan försäkringen tecknades. Befintliga sjukdomar kan omfattas av försäkringen, om de har varit 100 % symtom-, kontroll-, medicinering- och behandlingsfria, under de senaste 24 månaderna innan sjukdomen eller skadan blev anmäld till bolaget.

1.5.2. Självrisk

Försäkringen kan tecknas med eller utan självrisk. Det framgår av försäkringsbrevet om din försäkring innefattar självrisk samt vilken storlek det är på självrisken. Självrisken beräknas per varje separat försäkringsfall och skall betalas av den försäkrade direkt till vårdgivaren.

För patientavgifter för offentligt finansierad vård gäller ingen självrisk.

1.5.3. Remisskrav

Försäkringstagaren kan välja att teckna försäkringen med eller utan remisskrav. Det går inte att kombinera remisskrav med självrisk. Det framgår av ditt försäkringsbrev vad som ingår i försäkringen.

Remisskrav innebär att försäkringen endast ersätter kostnader för vård och behandling för vilken primärt behandlande läkare lämnat remiss. Inga kostnader för vård eller behandling som uppkommit innan en remiss till läkare inom specialistvården har utfärdats ersätts.

När behov av vård uppstår ska den försäkrade vända sig till en läkare inom primärvården. Läkare inom primärvården ska utföra en basal medicinsk utredning och/eller behandling som åläggs honom/henne som ansvarig läkare. Vad som ingår i basal medicinsk utredning/behandling är beroende av aktuell sjukdom och kan t.ex. omfatta provtagning, röntgenundersökning, behandling eller annan undersökning. Om det efter den primära basala undersökningen framgår att vårdansvaret ska överföras till specialistvården utfärdar behandlande läkare inom primärvården därefter en remiss till läkare inom specialistvården.

När remissen har utfärdats ska den försäkrade ta kontakt med Helpline som hjälper till med planering och bokning av vård. Den basala medicinska utredningen täcks således ej av försäkringen.

1.5.4. Krisstöd

Försäkringen täcker kostnader för upp till 10 psykologi behandlingar per försäkringsfall, till exempel vid olycka, dödsfall, allvarlig sjukdom,

överfall eller inbrott. Vid denna behandling krävs ingen remiss men den skall vara förhandsgodkänd av försäkringsgivaren. Ingen självrisk gäller vid krisstöd. Den händelse som utlöst akut psykisk kris skall vara näraliggande i tid till försäkringsfallet och ha direkt samband med krissyntomen. Krisstöd omfattar inte vanlig behandling hos psykolog av symtom som har utvecklat sig som en följd av psykisk belastning under en längre tid och som inte kräver direkt hjälp av en psykolog.

1.5.5. Second Opinion

Ytterligare medicinsk bedömning av special-läkare. Rätt till second opinion avser en konsultation per försäkringsfall, och gäller endast vid:

- livshotande sjukdom och/eller skada
- särskilt riskfylld behandling

Konsultationen skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

1.5.6. Resekostnader

Försäkringen ersätter i efterhand utgifter för nödvändiga och skäligena resekostnader i förbindelse med sjukhusinläggning/operation/cancerbehandling och/eller rehabilitering (gäller inte vid behandling hos fysioterapeut/naprapat/kiropraktor eller psykolog).

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 även 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. Det är den behandlande läkaren som avgör om det är medicinskt nödvändigt.

Alla resor skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

1.5.7. 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, fysikalisk- eller psykologibehandling). 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. Krävs ledsagare för försäkrad som är över 18 år så behövs det ett intyg från en läkare. Kostnader för uppehälle ersätts efter skatteverkets regler för kost och logi och skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

1.5.8. Dietist

Försäkringen ersätter efter remiss från läkare nödvändiga kostnader för högst tio konsultationer per skadetillfälle hos legitimerad dietist. Behandlingen skall förhandsgodkännas och vara förmedlad av försäkringsgivaren.

1.5.9. Receptbelagda läkemedel

Försäkringen ersätter nödvändiga kostnader för receptbelagda läkemedel som omfattas av försäkringen och läkemedelsförmånen. Ersättningen avser kostnader upp till gränsen motsvarande högkostnadsskyddet under en 12-månadersperiod. Betalas direkt till apotek och ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.

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, så nära Norden som det är möjligt.

1.7. Registrering och förmedling av hälsoupplysningar/medicinsk dokumentation

Hälsoupplysningar/medicinsk dokumentation som försäkringsgivaren mottager har försäkringsgivaren rätt att registrera och förmedla till vald behandlingsinstitution.

1.8. Försäkringstiden och förnyelse

Sker ingen uppsägning av försäkringsavtalet eller gruppavtalet av någon av parterna förnyas försäkringsavtalet med ett år i taget så länge premien betalas.

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

1.9. Försäkringsgivarens rätt att ändra 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. Individuella

avtal prissätts även utifrån en åldersbaserad premietabell.

Försäkringsgivaren har även i övrigt rätt att under försäkringstiden ändra dessa försäkringsvillkor och försäkringsavtalet i övrigt om det behövs på grund av försäkringsavtalets art eller annan särskild omständighet. Som annan särskild omständighet räknas till exempel ändrad lagstiftning eller lagtillämpning, myndighets föreskrift eller annan grundläggande förutsättning för försäkringsavtalet.

För att en villkorsändring ska få verkan mot försäkringstagare och försäkrad fordras att vederbörande fått skriftlig information om det som denne kan behöva veta om ändringen. Villkorsändringen gäller då från nästkommande premiebetalningstidpunkt. Bagatellartade ändringar och ändringar på grund av ändrad lagstiftning eller lagtillämpning eller myndighets föreskrift kan börja gälla omedelbart.

Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att genom beståndöverlåtelse överföra avtalet till annan försäkringsgivare enligt bestämmelserna i försäkringsrörelselagen.

1.10. Försäkringstagarens rätt att avsluta och ändra försäkringsavtalet

Försäkringstagaren har rätt att ändra försäkringsavtalet inom ramen för försäkringsvillkoren och enligt vad försäkringsgivaren medger. Försäkringsgivaren kan sätta som villkor för ändringen att försäkringstagaren godtar att försäkringsvillkor och priser efter ändringstidpunkten tillämpas för hela avtalet.

Vid individuellt försäkringsavtal kan försäkringstagaren när som helst säga upp försäkringen till försäkringstidens slut.

Vid kollektivt försäkringsavtal kan den försäkrade när som helst säga upp försäkringen. Anges ingen särskild upphörandetidpunkt upphör försäkringen att gälla vid närmast följande månadsskifte. Sker uppsägningen från gruppföreträdarens sida, upphör försäkringen för samtliga försäkrade från i uppsägningen angiven upphörandetidpunkt, dock tidigast en månad från uppsägningen.

2. Vem har rätt att teckna bindande avtal för försäkringsgivaren

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

3. Ikraftträdande

3.1. När försäkringsgivarens ansvar inträder för individuellt försäkringsavtal

Individuellt försäkringsavtal omfattar enskilda personer och tecknas på individuell basis.

Under förutsättning att den försäkrade lämnat godkänd hälsodeklaration och försäkringen i övrigt kan meddelas på normala villkor, gäller försäkringen från och med dagen efter den dag premien betalats. (Ikraftträdandetidpunkten)

3.2. När försäkringsgivarens ansvar inträder för kollektivt försäkringsavtal

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

För den enskilde medlemmen inträder försäkringsgivarens ansvar när han eller hon uppfyller de krav som gäller för ansökningsförfarande enligt försäkringsavtalet, samt är fullt arbetsför och försäkringsgivaren har mottagit besked om detta.

För anmälan av försäkrad efter att det kollektiva försäkringsavtalet ingåtts ska ny gruppmedlem vända sig till försäkringsgivaren.

3.2.1. När den försäkrade skall lämna hälsodeklaration 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 hälsodeklaration 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 försäkringsavtalets ingående 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 försäkringstagaren. 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.
2. Behandling som inte är medicinskt nödvändig, behandling som utförs av icke legitimerad vårdpersonal och/ eller som inte är baserad på vetenskapligt kontrollerade 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 hudförändringar/ leverfläckar/födelsemärken utan misstanke om malignitet.
7. Avtalad konsultation, behandling, operation och resekostnader där den försäkrade uteblir alternativt avbokat senare än 24 timmar innan avtalad konsultation.
8. Dialysbehandling.
9. Behandling eller operation vid sterilisering, abort, prevention, graviditet, födsel, mödravård eller familjeplanering/barnlöshet samt direkta följder av sådan behandling.
10. Behandling av sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen.
11. Utredning, behandling och/eller operation av sömnstörningar, snarkning och sömnapné, samt tillhörande medicinsk utrustning.

12. Konsultation, behandling, kontroll eller operation av hos tandläkare, tandläkarspecialist, tandhygienist och 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 personlighetsstörningar.
 16. Behandling av psykoser eller andra allvarliga psykiska sjukdomar.
 17. Köp, hyra och utprovning av medicinska hjälpmedel som exempelvis hörapparater, kryckor, och skoinlägg.
 18. Köp av medicin, med undantag av receptbelagda läkemedel enligt punkt 1.5.9 i Allmänna villkor.
 19. Syntest, glasögon och kontaktlinser samt operation för korrektion av när- och långsynthet samt brytningsfel.
 20. Vaccination, förebyggande hälsokontroll och intyg om inget annat är överenskommet.
 21. Vistelse på rehabiliteringsinstitution utan aktiv rehabilitering, bl.a. vistelse på kuranstalt, bad och annan motsvarande institution.
 22. Utredning och behandling av demenssjukdom.
 23. Försäkringsgivaren ersätter inte kostnader eller utgifter som kan ersättas på annat sätt genom lagar, föreskrifter, konventioner, annan försäkring eller kollektivavtal.
 24. Könskorrigering behandling eller operation samt följder av sådan behandling.
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, förpliktar 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. Om premien är beräknad på att den försäkrade röker, och den försäkrade därefter varit rökfri under minst ett kalenderår, kan den försäkrade skriftligen meddela detta till försäkringsgivaren, varvid premietillägget efter prövning för rökning kan tas bort.
 8. **Premiebetaling**

Premien fastställs för ett försäkringsår åt gången och beräknas bland annat på bakgrund av gruppens sammansättning, den försäkrades ålder, 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. Betalningsfristen för premie som inte är den första premien är en månad från det försäkringsgivaren avsände premieaviseringen.

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 i påminnelsen angivet datum upphör försäkringsgivarens ansvar. Försäkringsgivarens får säga upp försäkringen till upphörande fjorton dagar efter uppsägningens avsändande om premien inte betalats under denna tid. Meddelande om uppsägning och tidpunkten för upphörande ska skickas till gruppföreträdaren och till gruppmedlemmarna.
 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 tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsavtalet berättigar till sådant skydd inträdde, annars går rätten till ersättning förlorad. Om anspråk har framställts till försäkringsgivaren inom denna tid, är fristen alltid minst sex månader från försäkringsgivaren har förklarat att det har tagit slutlig ställning till anspråket.

10.3. Räntebestämmelser 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. Behandlingsgarantierbjudande 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 i semesterperioden hos behandlare eller vid särskilda typer av behandlingar som inte kan erbjudas inom försäkringsgivarens medicinska nätverk.

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 kvitto samt skadeanmälan innehållande följande:

- orsak/ diagnos och symtomdebut
- behandlingsdatum
- 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.

Skadeanmälan gör du enklast via vår mobilapp eller hemsida, kostnader för resa och uppehåll ersätts mot inskickat specificerat kvitto.

Ersättningsanspråk kan behöva styrkas med inskickade orginalkvitton.

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, om inte annat är särskilt 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
- från den tidpunkt försäkringsavtalet sägs upp av försäkringsgivaren till slutet av en premieperiod, dock tidigast en månad efter uppsägningen avsändes till försäkringstagaren.
- 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 medlem av gruppen. Upphörande sker tre månader räknat från den dag den försäkrade inte längre tillhör gruppen
- när den försäkrade fyller 72 år, om inget annat är överenskommet och som framgår av försäkringsbrevet
- när den försäkrade inte längre är fast bosatt i Norden, om inte annat är särskilt 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
- från den tidpunkt försäkringsavtalet sägs upp av försäkringsgivaren till slutet av en premieperiod, dock tidigast en månad efter uppsägningen avsändes till försäkringstagaren och berörda gruppmedlemmar.

14.3. Försäkrades rätt till fortsättningsförsäkring vid kollektiv försäkring

Fortsättningsförsäkring är den enskilde gruppmedlemmens rätt till fortsättningsförsäkring om grupp-försäkringsavtalet avslutas genom uppsägning från försäkringsgivaren sida eller om den enskilde gruppmedlemmen inte längre tillhör den avtalade definierade gruppen.

Om den försäkrade har omfattats av försäkringen i minst sex månader har denne rätt till fortsättningsförsäkring utan att lämna ny hälsodeklaration:

- om den försäkrade självmant säger upp sin anställning

- 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.

14.4. Försäkrades rätt till efterskydd vid kollektiv försäkring

Om en kollektiv försäkring upphör att gälla på grund av att den försäkrade utträder ur gruppen av annan orsak än att viss ålder uppnåtts, har den försäkrade och dennes medförsäkrade rätt till tre månaders förlängt försäkringsskydd (efterskydd) efter utträdet. Efterskyddet täcker behandling för en skada endast så länge efterskyddet gäller.

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 kunnat få jämförbar försäkring från annat håll
- har uppnått viss ålder och försäkringen enligt försäkringsvillkoren har upphört att gälla på grund av detta
- själv har sagt upp sin försäkring trots medlemskap i gruppen
- om försäkringen sagts upp på grund av obetald premie.

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.

Försäkringen gäller inte för skada/sjukdom som visar symtom inom 1 år efter sluttidpunkten för vistelse i land där krig eller krigsliknande oroligheter råder och som kan anses ha varit en följd av kriget eller oroligheterna. Om det bryter ut krig eller krigsliknande oroligheter under tiden som den försäkrade vistas i området gäller försäkringen den första månaden efter utbrottet under förutsättning av att den försäkrade inte deltar i kriget eller de krigsliknande 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 kroppsliga 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 kroppslig 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 rehabiliterings- institutionen 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 övernattnig på sjukhus.

2.1. Dagkirurgi

Försäkringen täcker kostnader för nödvändig operation som inte kräver övernattnig 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 övernattnig, efter remiss från läkare. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto
Nödvändiga undersökningar, tester och provtagning i direkt och omedelbar anslutning till operationen	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto
Nödvändiga mediciner och hjälpmedel som används och administreras under operationen	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto
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 kvitto

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 kroppsliga sjukdomar som kräver övernattning 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 kroppslig sjukdom på 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 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 kroppslig sjukdom, av den försäkrade som inte medför inläggning på sjukhus och övernatning. 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 kroppslig sjukdom. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren

Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto

Nödvändiga undersökningar, tester och provtagning i direkt och omedelbar anslutning till behandlingen

Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto

Nödvändiga mediciner och hjälpmedel som används och administreras under specialistläkarbehandlingen

Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto

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. Fysioterapeut, 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 fysioterapi, kiropraktor och/eller naprapatbehandling av den försäkrade hos legitimerad behandlare, det kan krävas att behandlingen skall vara remitterad av läkare. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Fysikalisk behandling

Fysikalisk behandling av kroppslig sjukdom hos legitimerad fysioterapeut, kiropraktor och/eller naprapat upp till 24 st. behandlingar per kalenderår, det kan krävas att behandlingen skall vara remitterad av läkare. Skall vara förhandsgodkänd av försäkringsgivaren

Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto

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. Skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.

Övriga kostnader för till exempel läkarbesök, övrig specialistvård, sjukhusvård, resor eller läkemedel gällande sjukdom/besvär av psykisk art ersätts inte.

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. Skall vara förhandsgodkänt av försäkringsgivaren. Maximalt 10 konsultationer per försäkringsfall

Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto

Särskilda villkor nr. 06.11.01

Psykologibehandling Topp

1. Vilka villkor som gäller

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

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen Psykologibehandling Topp är en vårdförsäkring 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 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 avtal per försäkringsfall
- Ekonomisk konsultation, maximalt 1 telefon eller avtal per försäkringsfall

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

Övriga kostnader för till exempel läkarvård, övrig specialistvård, sjukhusvård, resor eller läkemedel gällande sjukdom/besvär av psykisk art ersätts inte.

Vilka kostnader som ersätts gällande: Psykologibehandling Topp

Utgifter till behandling av lättare psykiska besvär. Behandling startar alltid via Försäkringsgivarens online service eller telefon.

- 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.

Särskilda villkor nr. 06.12.01

Tilläggsförsäkring

1. Vilka villkor som gäller

DKV Hälsas allmänna villkor gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för momentet Tilläggsförsäkring. Texten i dessa särskilda villkor äger företräde framför de allmänna villkoren.

2. Vad försäkringen omfattar

Momentet Tilläggsförsäkring är ett moment som ersätter:

- Läkemedel
- Logoped
- Dietist
- Synundersökning
- Hemhjälp
- Hjälpmedel
- Vaccination

2.1. Tilläggsförsäkring

Försäkringen ersätter kostnader för medicinskt nödvändig undersökning och behandling, efter remiss från läkare. All behandling skall förhandsgodkännas av försäkringsgivaren.



Kostnader som ersätts gällande: Tilläggsförsäkring

Läkemedel	Försäkringen ersätter nödvändiga kostnader för receptbelagda läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen. DKV ersätter kostnader upp till gränsen motsvarande högkostnadsskyddet under en 12-månadersperiod.	Betalas direkt till apotek och ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.
Logoped	Försäkringen ersätter efter remiss från läkare nödvändiga kostnader för högst tio konsultationer per skadetillfälle hos legitimerad logoped.	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.
Dietist	Försäkringen ersätter nödvändiga kostnader för högst tio konsultationer per skadetillfälle hos legitimerad dietist.	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.
Synundersökning	Försäkringen ersätter en synkontroll per försäkringsår hos en legitimerad optiker. Den försäkrade ska själv boka och betala synkontrollen. DKV ersätter kostnaden när skadeanmälan och kvitto mottagits. Kostnader för resor i samband med synkontroll täcks inte.	Betalas direkt till optiker och ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.
Ersättning för hemhjälp	Försäkringen ger rätt till 10 timmars nödvändig hemhjälp under en period om 14 dagar efter en operation som kan ersättas av försäkringen. En förutsättning är att hemhjälpstjänsten kan ordnas från ett etablerat företag på den försäkrades bostadsort.	Betalas direkt till hemhjälpstjänsten och ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.
Hjälpmedel	Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för hjälpmedel som anses nödvändiga för sjukdomens eller skadans läkning med högst ett halvt (0,5) prisbasbelopp per skadetillfälle. Hjälpmedlet ska vara föreskrivet av behandlande läkare. Försäkringsgivaren täcker inte kostnader för utprovning och köp av hörapparat, glasögon och kontaktlinser eller tandbehandling av något slag.	Betalas direkt till behandlaren av försäkringsgivaren eller ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.
Vaccination	Försäkringen täcker vaccinationer mot säsongsbunden influensa, TBE - vaccination och vaccination inför utlandsresor. Den försäkrade ska själv boka och betala vaccinationen. DKV ersätter kostnaden när skadeanmälan och kvitto mottagits. Kostnader för resor i samband med vaccination täcks inte.	Betalas direkt till behandlaren och ersätts i efterhand mot inskickat kvitto.

Behandling av personuppgifter

Vi värnar om din personliga integritet. För information om hur vi behandlar personuppgifter se vår integritetspolicy på www.dkvhalsa.se.

Prövning av beslut i försäkringsärende

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 vår klagomålsansvarige:

DKV Hälsa
S- 105 39 Stockholm

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

Observera!

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

Vid klagomål på vården

Kontakta först vårdgivaren och om du ej är nöjd med deras åtgärd så kan du vända dig till:

Inspektionen för Vård och Omsorg
Box 45184, 104 30 Stockholm.
Telefon: 010-788 50 00
www.ivo.se

Nästa prövningsinstans

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

Allmänna reklamationsnämnden (ARN)
Box 174, 101 23 Stockholm
Telefon 08-508 860 00
www.arn.se

För kostnadsfri rådgivning i försäkringsfrågor:

Konsumenternas Försäkringsbyrå
Box 24215, 104 51 Stockholm
Telefon: 0200-22 58 00
www.konsumenternas.se

Försäkringsärenden kan också prövas av svensk domstol, i första hand vid tingsrätt. Kostnader för juridiskt ombud täcks ej av försäkringen.

Definitioner

Definitionerna nedan fastställer vad respektive ord betyder i försäkringsavtalet

Akut hjälp

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

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.

Behandlingsställe

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

Cancer

Elakartad sjukdom som framträder ohämmat genom okontrollerbar celltillväxt och utvecklande av svulster som inte är inkapslade och som kan utveckla dottersvulster (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.

Dagkirurgi

Operation som inte kräver övernattning

FAL - Försäkringsavtalslagen

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

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.

Fysikalisk behandling

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

Fysioterapeut

Sedan 1 januari 2014 är yrkestiteln fysioterapeut istället för sjukgymnast.

Försäkrad

Försäkrad är den person vars hälsa försäkringen gäller för.

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. Detta gäller inte om den försäkrade har varit symptom-, vård- och medicineringsfri i mer än 12 sammanhängande månader sedan senaste undersökning eller behandlingstillfälle. Ett nytt försäkringsfall anses då ha inträffat vid en efter sådan period följande undersökning eller behandlingstillfälle.

Försäkringsgivaren

Storebrand Helseförsikring 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.

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.

Individuellt försäkringsavtal

Försäkring som omfattar enskilda personer och som är tecknad på individuell basis. För försäkringen gäller bestämmelserna för individuell personförsäkring i försäkringsavtalslagen (2005:104).

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.

Kollektivt försäkringsavtal

Försäkring som omfattar personer i en närmare angiven grupp. För försäkringen gäller bestämmelserna för grupppersonförsäkring i försäkringsavtalslagen (2005:104).

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.

Kroppslig 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.

Laserbehandling

Behandling med medicinskt laserinstrument som ersätter kirurgiskt ingrepp.

Läkare

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

Lättare psykiska besvär

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

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).

Olycksfallsskada

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

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.

Patient

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

Poliklinisk behandling

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

Privatpatient

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

Privat sjukhus

Ett sjukhus som behandlar privatpatienter.

Prover

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

Psykisk sjukdom

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

Påbörjad behandling

Behandling som har påbörjats efter remiss eller ordination från läkare.

Rehabilitering

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

Remiss

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

Sjukhus

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

Självrisk

Den del av skadekostnaden som den försäkrade enligt villkoren själv får svara för och som därmed minskar försäkringsersättningen.

Specialistläkare

Offentlig legitimerad och godkänd specialistläkare.

Svårare psykiska besvär

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

Symtom

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

Åkomma

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

DKV Hälsa

S- 105 39 Stockholm, Telefon: +46 8 619 62 00, admin@dkvhalsa.se, www.dkvhalsa.se