

VIALIA Helseforsikring

Gruppeforsikringsvilkår

Gjeldende fra 01.01.2026

0. Generelt om vilkårene

1. Bakgrunn

2. Hva produktet «VIALIA Helseforsikring» omfatter

2.1 Kollektiv helseforsikring gitt av Eir Försäkring AB (heretter benevnt Eir Forsikring)

2.2 Tjenester formidlet av Alivia Care AB (heretter benevnt Alivia)

3. Kollektiv forsikring gitt av Eir Forsikring

3.1 Definisjoner

3.2 Forsikringstiden, fornyelse og om de forsikrede under forsikringsavtalen

3.3 Betalingsbetingelser – premiegrunnlag

3.4 Kollektiv forsikring – dekningsområde

3.4.1 Forsikring

3.4.2 Dekning/Forsikringssum

3.4.3 Erstatning – dekning av godkjente utgifter

3.5 Unntak og begrensninger i forsikringen

3.5.1 Samlet ansvar

3.5.2 Forsikringen gjelder ikke følgende medisinske tilstander

3.5.3 Forsikringsforetaket dekker ikke utgifter til

3.5.4 Unntak for erstatning

3.6 Fullmakt

3.7 Annen forsikring

3.8 Forsikringsforetakets rett til å si opp forsikringen når det har fått uriktige opplysninger

3.9 Bopel

3.10 Garantitid

3.11 Skadeoppgjør

3.11.1 Frist for melding om forsikringstilfelle

3.11.2 Frist for å foreta rettslige skritt

3.11.3 Dokumentasjon

3.11.4 Rente og erstatning

3.11.5 Ansvarstid

3.11.6 Foreldelse

4. Tjenester formidlet av Alivia på vegne av Eir Försäkring AB

4.1 Veiledning i helserelaterte spørsmål

4.2 Pasienthåndtering

4.2.1 Konsultasjon hos spesialist

4.2.2 Valg av sykehus

4.2.3 Transport til og fra sykehus

4.2.4 Oppfølging under og etter operasjonen/behandling

4.2.5 Rekonvalesens

4.2.6 Oppfølging av pårørende

4.2.7 Avsluttet behandling

4.2.8 Second opinion

4.3 Varsling

5. Oppsigelse og endring av avtalen

5.1 Bortfall på grunn av manglende premiebetaling

5.2 Bortfall og opphør av avtalen

5.3 Fornyelse av forsikringsavtalen

6. Force majeure

7. Lovvalg og vernetting

8. Rettstvist – klagebehandling

0. Generelt om vilkårene

Disse vilkår suppleres av Lov om Forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nummer 69, som gjelder der ikke annet er spesielt avtalt i forsikringsbevis eller vilkår.

1. Bakgrunn

Bakgrunnen for denne avtalen er at Forsikringstaker, som kan være en arbeidsgiver, interesseorganisasjon eller en medlemsorganisasjon, ønsker at de personene som er nevnt i forsikringsavtalen skal omfattes av produktet «VIALIA Helseforsikring», formidlet av Matrix Insurance AS (Matrix) på vegne av forsikringsgiver Eir Försäkring AB. (også kalt Forsikringsforetaket) Privatpersoner, herunder også ektefelle eller navngitt samboer og/eller barn, kan også tegne VIALIA Helseforsikring og bli forsikret under denne avtalen mot en tilleggspremie. Rettigheter under denne avtale avhenger av at Forsikringstakeren har oppfylt sine forpliktelser i henhold til Avtalen, herunder at det ikke foreligger mislighold med innbetaling av forsikringspremien. Forsikringen kan bortfalle etter bestemmelsene i denne avtale og forsikringsavtaleloven.

2. Hva produktet «VIALIA Helseforsikring» omfatter

Produktet VIALIA Helseforsikring er en behandlingsforsikring som innenfor gitte tider gir rett til behandling av kvalifisert personale ved godkjent behandlingsinstitusjon. Matrix er ikke et forsikringsselskap og opptrer som representant for Forsikringsforetaket Eir Försäkring AB i Norge når det gjelder denne helseforsikringen. Matrix har inngått samarbeidsavtale med Eir Forsikring og formidler kollektive og individuelle behandlingsforsikringer som en del av produktet VIALIA Helseforsikring.

2.1 Kollektiv helseforsikring gitt av Eir Forsikring

Forsikringsavtalen er utstedt av Matrix på vegne av Eir Forsikring gjennom en binding authority. Vilårene er beskrevet nedenfor.

2.2 Tjenester formidlet av Vialia & Alivia

Vialia administrerer behandlingsforsikringen på vegne av Eir Forsikring. Vialia/Matrix vil oversende alle henvendelser fra pasienter til Alivia, som tilrettelegge alle behandlinger og andre nødvendig tiltak for å gjennomføre et behandlingsløp. Dette er nærmere beskrevet nedenfor. Nærmere praktisk informasjon vil kunne gis av Matrix eller Vialia.

3. Kollektiv forsikring gitt av "Eir Försäkring AB"

3.1 Definisjoner

Med mindre annet kommer frem av sammenhengen betyr følgende:

- Forsikringsforetaket, "Eir Försäkring AB", er forsikringsgiver for den kollektive forsikringen.
- Forsikringsforetakets Adresse: Norrlandsgatan 12, 111 43 Stockholm.
- Egenandel: Det beløp som den forsikrede selv må betale før forsikringsdekningen gjøres gjeldende. Hvilken egenandel – om noen – vil komme frem av forsikringsbeviset.
- Matrix Insurance AS, Forsikringsforetakets representant i Norge.
- VIALIA Forsikring AS, eier av alle produktrettigheter.

- Forsikringstaker «Forsikringstaker» betyr premieansvarlig arbeidsgiver, kommune eller organisasjon som den forsikrede er tilknyttet. Enkeltpersoner som ikke har tilknytning til foretak som nevnt i foregående ledd, kan knytte seg selv, ektefelle/samboer og barn, til den kollektive forsikring på individuell basis med samme dekningsvilkår.
- Enkeltpersoner som er medlemmer gjennom kollektive organisasjoner er dekket av forsikringen, sammen med Forsikringstakernes ektefelle/samboer og barn når disse er meldt inn til Forsikringsforetaket ved Matrix og notert inn i forsikringsavtalen.
- Forsikrede, Den enkelte person som faller inn under punkt 3.2.
- Avtalen, Gjelder denne avtalen om produktet VIALIA helseforsikring.
- FAL, Lov av 16.06.89 nr 69 om forsikringsavtaler.
- Forsikringsvilkårene, Disse vilkår og eventuelle skriftlige tillegg til Forsikringsvilkårene eller tillegg utstedt av Forsikringsforetaket etter særskilt avtale, samt forsikringsbeviset.
- Forsikringstiden, Tidspunktet fra Forsikringstakeren har inngått avtalen om kollektiv forsikring og ett år fremover med mindre annet er avtalt mellom partene.
- Samboer, Person som man lever med i ekteskapslignende/partnerskapslignende form og som er registrert på samme adresse i folkeregisteret.
- Barn, En person under 18 år og som Forsikringstaker og/eller ektefelle/samboer er foresatt for.
- Behandling, Tiltak som har diagnostisk, behandlende eller rehabiliterende mål, og som må utføres av helsepersonell.
- Eksisterende lidelser, En medisinsk tilstand hvor symptomene førte til en diagnose satt av lege og hvor det ble konstatert behov for behandling/operasjon.
- Erstatning, Behandlingsutgifter dekket under forsikringsavtalen.
- Lege, Lege som er kvalifisert til å behandle årsakene til og følgene av medisinske problemer som omfattes av forsikringen og har gyldig norsk eller skandinavisk autorisasjon som lege. Denne personen kan ikke være slektning eller nær venn av den forsikrede.
- Spesiallege, Lege som er godkjent spesialist i henhold til kriteriene satt av Den Norske Legeforening og som har en spesialistkompetanse som omfattes av spesialisthelsetjenesten. Det vil si at Spesialist i Allmennmedisin ikke er definert som spesiallege i denne sammenheng.
- Operasjon, Medisinsk behandling foretatt av kompetent lege i løpet av forsikringstiden og som medfører kirurgiske prosedyrer under generell, regional eller lokal bedøvelse. Inngrepet foretas med terapeutisk formål på sykehus eller operasjonsklinikk.
- Sykehus, En institusjon som oppfyller følgende kriterier:
 - har diagnostiske og terapeutiske muligheter for kirurgisk og medisinsk behandling og stell av skadede og syke under overvåking av leger; og
 - kan sørge for kontinuerlig stell under kontroll av kvalifisert helsepersonell; og
 - ikke er en institusjon for sinnslidende, hvilehem eller aldershem eller sted for behandling av avhengighet av narkotika, alkohol eller en lignende institusjon.
 - Sykehusopphold, Behandling av den forsikrede på sykehus etter godkjent anbefaling fra lege i forbindelse med operasjon, behandling eller spesialistkonsultasjon.

Alivia Healthcare AB, administrerer medisinske råd og veiledninger med hensyn til vurdering av kvalitet i foreslått behandlingsløp og -sted, pasientrettigheter og administrasjon/bestilling av helsetjenester som er dekket under forsikringen

3.2 Forsikringstiden, fornyelse og om de forsikrede under forsikringsavtalen

Er ikke annet lovbestemt eller avtalt, begynner Forsikringsforetakets ansvar å løpe når forsikringstakeren eller Forsikringsforetaket har godtatt de vilkår som den annen part har stilt. Har Forsikringsforetaket sendt skriftlig aksept til forsikringstakeren, løper Forsikringsforetakets ansvar fra kl. 0000 den dag da aksepten ble sendt, dersom anmodning om forsikring var kommet til Forsikringsforetaket senest dagen før, jf. FAL § 12-2.

Forsikringen gjelder i ett – 1 – år av gangen - fra Forsikringsforetakets ansvar begynner å løpe hvis ikke annet er avtalt eller følger av avtalen. Denne perioden omtales som «forsikringstiden».

Fornyelse av denne avtale skjer automatisk for ett år av gangen hvis ikke annet er avtalt eller følger av forsikringsvilkårene, se nærmere pkt. 5.

Som Forsikret i den kollektive forsikringen kan gjelde personer mellom 0-70 år, og som faller inn under vilkårene i pkt. 1.

Eldste mulige alder for opptak: 66 år. Avtalen fornyes automatisk årlig, og gjelder frem til den forsikredes 70-års dag.

Forsikringstaker bestemmer hvilke personer som skal dekkes av den kollektive forsikringen.

Samboere/ektefeller og barn kan også være forsikret under avtalen via en utvidelse som skal noteres i beviset, forutsatt at de er gyldig meldt inn i avtalen og at utvidelsen gjelder for alle i gruppen.

Rettighetene for Forsikringstaker opphører automatisk når Avtalen opphører. Den Forsikredes rettigheter bortfaller fra samme tidspunkt.

Der den Forsikredes rettigheter etter denne Avtalen er knyttet til en annen Forsikringstakers polise, opphører forsikringsdekningen automatisk på tidspunktet da vedkommende tilknytningsforhold (herunder ansettelsesforholdet/ medlemskapet/kortavtalen etc.) mellom Forsikrede og Forsikringstaker opphører.

Den Forsikrede kan imidlertid fortsatt være dekket etter at ansettelsesforholdet eller tilknytningsforholdet mellom den Forsikrede og Forsikringstaker opphører, dersom det inngås separat avtale om dette. Da må det søkes om individuell fortsettelsesforsikring (som har individuell prising) innenfor de varslingsfrister som ligger i avtalen, forsikrede må ha fast bopel i Norge og ha rett til behandling i det offentlig finansierte norske helsevesen.

For bestemmelser om oppsigelse, opphør og fornyelse av avtalen, vises det for øvrig til pkt. 5 nedenfor.

3.3 Betalingsbetingelser – premiegrunnlag

Premien dekker produktet VIALIA Helseforsikring gitt av Eir Forsikring. Prisfastsettelsen skjer etter egen avtale. Avtalen gjelder de personene som er skriftlig innmeldt/det antall som tilhører gruppen som skal forsikres. Melding om skader som er dekket under avtalen skal imøtekommes innen de tidsfrister som er angitt i forsikringsbeviset. Dersom det i forsikringsbeviset ikke er tatt forbehold om at premiebetaling er et vilkår for at Forsikringsforetakets ansvar skal begynne å løpe, forfaller premien ved etableringsstart eller fornyelsesdato. Betalingsfristen skal være minst en måned fra den dag det er sendt premievarsel til forsikringstakeren. I selvadministrerende ordninger uten navneliste tillates endringer på +/- 10% innenfor en forsikringsperiode uten krav til korrigering.

Hvis forsikringstaker i forsikringstiden ønsker å melde nye personer inn i den kollektive forsikringen, vil det kunne gjøres mot en tilleggspremie. Hvis forsikringstaker i forsikringstiden ønsker å melde forsikrede ut av avtalen vil forsikringstaker ha krav på et kreditbeløp.

Forsikringsforetaket har rett til innsyn hos forsikringstaker for å kontrollere premiegrunnlaget.

Forsikringsforetaket vil ikke kreve gebyr for kostnader ved at forsikringen opphører i forsikringstiden.

3.4 Kollektiv forsikring – dekningsområde

3.4.1 Forsikring

Denne forsikringen gjelder somatiske ikke-akutte operasjoner, behandlinger og spesialistkonsultasjoner og som omfattes av spesialisthelsetjenestene, og hvor ventetiden i et offentlig norsk helsevesen overstiger garantitiden som er spesifisert i forsikringsbeviset.

3.4.2 Dekning/Forsikringssum

Maksimalt dekningsbeløp er NOK 5 000 000 per forsikret per skadetilfelle, uavhengig av om forsikrede bytter arbeidsgivere eller fortsetter med individuell fortsettelsesforsikring. Det er Eir Forsikring som bestemmer om ett «nytt» skadetilfelle er en videreføring av et tidligere skadetilfelle eller om det skal håndteres som ett nytt skadetilfelle.

3.4.3 Erstatning – dekning av godkjente utgifter

Som godkjente utgifter regnes rimelige og nødvendige utgifter til operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon for forsikrede i sykehus eller privat spesialisthelsetjeneste, når forsikrede ikke kan behandles av det offentlige helsevesen innen avtalte tider og som er spesifisert i forsikringsbeviset. Utgiftene skal være skriftlig forhåndsgodkjent av Alivia.

Dersom behandlingen/operasjonen ikke kan utføres av det offentlige helsevesen i løpet av garantitiden, og heller ikke kan utføres innen det fylket i Norge hvor den Forsikrede er bosatt, dekker forsikringen også rimelige og nødvendige reise og oppholdskostnader slik at den forsikrede kan få behandlingen annet sted i Norge eller i Europa.

Medikamentell behandling som dekkes må være godkjente av det Europeiske legemiddelverket EMA eller det amerikanske FDA. Medikamentell behandling som ikke er godkjent av Beslutningsforum i Norge kan allikevel dekkes under forutsetning av forhåndsgodkjenning av Alivia.

Utgifter som kan dekkes omfatter blant annet sykehusopphold inklusive mat og alkoholfrie drikker, klinisk behandling og stell, operasjoner og anestesi, legehonorarer, legemidler og bandasjer under sykehusoppholdet/spesialistkonsultasjonen, postoperativ rehabilitering og rekonvalesens, ambulanse, patologi og godkjent transport. Rehabilitering utenfor Norge (i Norden) er begrenset til 14 døgn.

For at et behandlingsløp skal godkjennes, må det være foreskrevet av en lege med spesialgodkjenning fra Den norske Legeforening eller tilsvarende.

Forsikringsforetaket dekker godkjente utgifter som rimeligvis og nødvendigvis er pådratt den forsikrede i forbindelse med operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon i forsikringstiden.

Forsikringsforetaket dekker utgifter som har oppstått som et resultat av diagnostisering foretatt av Lege og med krav til spesialisert behandling, som ikke kan ytes i løpet av garantitiden i offentlig norsk helsetjeneste. Inkludert er også postoperativ rehabilitering og rekonvalesens.

Fysioterapi, og andre fysikalske behandlingstiltak dekkes når de er forordnet av legespesialist.

Psykolog- og psykiatertjenester dekkes der det foreligger medisinske indikasjoner som følgetilstand av andre alvorlige somatiske lidelser.

Forebyggende behandling og vedlikeholdsbehandling dekkes ikke.

Rus og spilleavhengighet behandling på godkjent behandlingsinstitusjon når hensikten er å avvenne forsikrede fra ukontrollerbar avhengighet innen alkohol, narkotika, reseptbelagte legemidler og spill.

- Utredning og behandling av fysisk eller psykisk sykdom eller skade som følge av rus- og spilleavhengighet dekkes ikke.
- Erstatning for behandling av rus- og spilleavhengighet ytes kun én gang i løpet av en 5-års periode.

Forsikringssummen utbetales fra Forsikringsforetaket til Alivia til dekning av forskutterte utgifter til operasjon/behandling, samt til dekning av eventuelle utlegg forsikringstaker eller forsikrede i den kollektive forsikringen har hatt i forbindelse med utført operasjon/behandling på norsk eller utenlandsk sykehus/klinikk. Alle utlegg og behandlinger skal forhånds-godkjennes av Alivia.

3.5 Unntak og begrensninger i forsikringen

3.5.1 Samlet ansvar

Forsikringsforetakets samlede ansvar for alle godkjente utgifter i løpet av forsikringstiden er begrenset til kr. 5.000.000, - pr forsikret pr forsikringstilfelle.

3.5.2 Forsikringen gjelder ikke følgende medisinske tilstander

- a) Sykdom hvor det er igangsatt behandling eller hvor det foreligger en diagnose med et avklart og dokumentert behandlingsbehov fra lege eller sykehus på det tidspunkt forsikringen tegnes, er ikke dekket av forsikringen.
- b) Kosmetisk kirurgi, med mindre det er indisert på bakgrunn av skader/sykdom den forsikrede har pådratt seg i forsikringsperioden.
- c) Tannbehandling inkludert sykdommer i tannkjøttet.
- d) Tilstander og utredninger knyttet til barnløshet (infertilitet), graviditet og oppretting av arvelige misdannelser.
- e) Sterilisering, eller operasjoner som har til hensikt å oppheve effekten av tidligere utførte steriliseringer.
- f) Kjønnsskifteoperasjoner.
- g) Organtransplantasjoner eller transplantasjon av organer eller kroppsvev.
- h) Akuttmedisinske tilfeller.
- i) Operasjoner som et resultat av tidligere utførte operasjoner (før forsikringen tredd i kraft).

3.5.3 Forsikringsforetaket dekker ikke utgifter til:

- Behandling ved sykdom/skade som krever øyeblikkelig hjelp.
- Behandling som ikke er medisinsk nødvendig, behandling som utføres av ikke autorisert helsepersonell og/eller som ikke er basert på vitenskapelig kontrollerte kliniske studier samt komplikasjoner og andre følger av slik behandling.
- Kosmetisk kirurgi, med mindre det er indisert på bakgrunn av skader/sykdom den forsikrede har pådratt seg i forsikringsperioden.
- Behandling av overvekt, herunder dietter, vektregulering og fedmeoperasjon samt følger av slik behandling.
- Skade som er inntruffet gjennom kjernefysisk eksplosjon eller radioaktiv stråling.
- Kontroll og fjerning av føflekker der det ikke er mistanke om malignitet.
- Avtalt konsultasjon, behandling, operasjon og reisekostnader når forsikrede ikke møter, alternativt avbestiller senere enn 24 timer før avtalt konsultasjon eller behandling.
- Dialysebehandling.
- Behandling eller operasjon ved sterilisering, abort, prevensjon, graviditet, fødsel, familieplanlegging/barnløshet eller kjønnsskifte samt følger av slik behandling.
- Behandling av sykdommer som omfattes av smittevernloven.

- Utredning, behandling og operasjon av søvnproblemer/sykdommer som snoring, søvnapné, samt tilknyttet medisinsk utstyr.
- Konsultasjon, behandling, kontroll eller operasjon av tenner, tannsykdom og tannskader hos tannlege, spesialutdannet tannlege, tannpleier og tanntekniker.
- Utredning og behandling av rusmiddel-, spille- og medikamentavhengighet samt sykdom, skader eller ulykkestilfeller som er forårsaket av alkohol, andre rusmidler, medisin eller narkotiske preparater.
- Behandling eller operasjoner som er en følge av skade/lidelse/sykdom som den forsikrede grovt uaktsomt eller med forsett har påført seg selv eller forverret, jf. bestemmelsen i FAL § 13-8 og 13-9.
- Behandling hos psykiater og/eller i psykiatrisk institusjon eller institusjon for behandling av adferdsforstyrrelser.
- Behandling av psykoser eller andre alvorlige psykiske sykdommer.
- Kjøp og/eller leie av utstyr, samt kjøp av medisiner, permanente hjelpemidler og innretninger.
- Synstest, briller, kontaktlinser samt operasjon for korreksjon av nær- og langsynthet og brytningsfeil.
- Tilpasninger til høreapparat samt kjøp av avtakbart høreapparat.
- Vaksinasjon og forebyggende helseundersøkelse om ikke annet er avtalt.
- Pleie- og omsorg, samt rehabiliteringsopphold uten aktiv rehabilitering, bl.a. opphold på kuranstalt, bad og andre tilsvarende institusjoner.
- Behandling og utredning av demenssykdom.
- Forsikringsforetaket erstatter ikke utgifter som er dekket på annet vis gjennom lov, forskrifter, konvensjoner, annen forsikring eller kollektive avtaler.
- Forsikringen gjelder ikke dersom forsikrede oppholder seg i områder hvor det er krig.
- Organdonasjoner eller transplantasjon av organer eller kroppsvev.
- Operasjoner som et resultat av tidligere utførte operasjoner (før forsikringen trådte i kraft).
- Forebyggende behandling og behandling for vedlikehold av helsetilstand.

3.5.4 Unntak for erstatning

Rett til erstatning foreligger ikke dersom omstendighetene som fører til operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon helt eller delvis, direkte eller indirekte er forårsaket av:

- a) Forsettlig selvpåført skade eller sykdom eller den Forsikredes alkoholisme eller inntak av narkotika (som ikke er foreskrevet av lege) eller inntak av legemidler ut over produsentens anvisning, eller misbruk av løsningsmiddel eller vanedannende forhold av enhver art.
- b) Krig, invasjon, fremmed fiendes handling, terrorhandlinger, krigshandling (enten krig er erklært eller ikke), borgerkrig, oppstand, revolusjon, opprør, kupp eller sivil uro eller følgene av radioaktiv forurensning.
- c) Tilstander forårsaket av den forsikredes deltakelse i ulovlig virksomhet, herunder utførelse av ulovlig handling.

3.6 Fullmakt

Et vilkår for dekning etter denne forsikringen er at forsikrede eller deres foresatte, når forsikringstilfellet inntreffer, samtykker i at Alivia og Forsikringsforetaket kan innhente uttalelse og relevante opplysninger fra alle leger, helsepersonell og helseinstitusjoner hvor forsikrede har vært til undersøkelse og/eller behandling, både forut for tidspunktet vedkommende ble forsikret og senere. Forsikrede må i denne forbindelse frita disse fra sin taushetsplikt til å gi fullstendige opplysninger og svar på alle spørsmål som Alivia og Forsikringsforetaket måtte finne nødvendig for behandling av forsikringssaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av forsikredes rettigheter under forsikringen.

3.7 Annen forsikring

Dekkes samme operasjon, behandling eller spesialistkonsultasjon av flere forsikringer, kan forsikrede velge hvilke forsikringer han eller hun vil bruke, inntil forsikrede har fått den erstatning han eller hun i alt har krav på. Er flere selskaper ansvarlig for forsikredes krav etter første ledd, utlignes erstatningen forholdsmessig mellom selskapene etter omfanget av det enkelte Forsikringsforetakets ansvar for operasjon, behandling eller spesialistkonsultasjon, når ikke annet er avtalt mellom selskapene.

Dersom det offentlige dekker utgifter som forsikrede har hatt og fått dekket av Forsikringsforetaket, har Forsikringsforetaket ved Alivia krav på å få refundert disse utgiftene så langt det er dekket av det offentlige. Forsikrede skal i denne forbindelse gi Alivia fullmakt til å kreve refusjon fra relevant offentlighet myndighet.

3.8 Forsikringsforetakets rett til å si opp forsikringen når det har fått uriktige opplysninger

Bli Forsikringsforetaket kjent med at opplysningene de har fått om forsikrede er uriktige eller ufullstendige på noe vesentlig punkt, kan Forsikringsforetaket si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Har den forsikrede opptrådt svikaktig er Forsikringsforetaket ikke forpliktet til å foreta utbetalinger under denne forsikringen.

Forsikringsforetaket kan si opp en løpende forsikring i samsvar med reglene i FAL §§ 13-3, 13-4 og 18-1 tredje ledd. Ellers kan Forsikringsforetaket bare si opp en løpende forsikring når det foreligger et særlig forhold som er bestemt angitt i vilkårene, og oppsigelse er rimelig. For Forsikringsforetakets rett til å si opp en løpende forsikringsordning gjelder FAL § 12-4.

3.9 Bopel

Forsikrede må være fast bosatt i Norge og omfattet av retten til sykehusbehandling og behandlingsformer som ville gitt rett til refusjon etter folketrygden § 5-4 til 5-12 dersom den var blitt foretatt innenfor den offentlige helsetjenesten.

3.10 Garantitid

Garantitid beregnes fra det tidspunktet Alivia har mottatt underskrevet og gyldig fullmakt fra forsikrede med henvisning fra Lege med dokumentert behov for tjenester omfattet av disse vilkår, den forsikrede befinner seg i Norge og Alivia har innhentet og mottatt alle relevante dokumenter som trengs for å vurdere behovet.

Forsikringen kan komme til anvendelse hvis ventetiden hos en spesialist overstiger 14 dager etter at behandlende lege har henvist forsikrede til spesialist, foreskrevet operasjon eller behandling, og Alivia har fått nødvendig dokumentasjon. Den samme garantitiden gjelder også om ventetiden for en behandling/operasjon i det norske Helsevesenet overstiger 14 dager etter at henvisning er skrevet av spesialist, samt at Alivia har mottatt all nødvendig dokumentasjon.

Dersom behandlingsgarantien ikke overholdes, utbetales en kompensasjon på 700 NOK per virkedag fra utløpet av behandlingsgarantien og frem til undersøkelse eller behandling igangsettes, likevel ikke lenger enn 30 virkedager.

3.11 Skadeoppgjør

Krav i samsvar med reglene i forsikringsvilkårene skal rettes til Forsikringsforetaket ved Vialia. Dersom en forsikret melder krav til forsikringstakeren, skal denne omgående gi melding videre til Vialia som videresender informasjonen til Alivia. Alle oppgjør relatert til forsikringsvilkårene skal utbetales fra Forsikringsforetaket til Alivia. Alivia skal på vegne av Forsikringsforetaket dekke kostnadene i forbindelse med forsikringstilfellet. Alle kostnadene skal forhånds-godkjennes av Alivia.

3.11.1 Frist for melding om forsikringstilfelle

Forsikringsforetaket er uten ansvar hvis Forsikrede ikke har meddelt kravet til Forsikringsforetaket innen ett år etter at den forsikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det, jf. FAL § 18-5 første ledd.

3.11.2 Frist for å foreta rettslige skritt

Forsikringsforetaket er uten ansvar hvis forsikrede ikke har anlagt sak eller krevd intern klageutvalgsbehandling som nevnt i pkt. 8, innen seks måneder regnet fra den dag Forsikringsforetaket skriftlig har meddelt den forsikrede at det ikke anser seg ansvarlig og samtidig minnet han eller henne om fristen, dens lengde og følgene av at den er overtrådt, jf. FAL § 18-5 annet ledd.

3.11.3 Dokumentasjon

Utbetaling av erstatning avhenger av at Alivia forelegges dokumentasjon som bekrefter for Forsikringsforetaket at de omstendighetene som førte til operasjon, behandling og spesialistkonsultasjon er dekket av vilkårene. Forsikringsforetaket eller Alivia har rett til å foreta tilleggsundersøkelse i forbindelse med forsikringstilfellet for å forsikre seg om riktigheten av meldingen. Den forsikrede må gi Alivia og Forsikringsforetaket all mulig bistand i denne forbindelse, herunder tilstedeværelse ved medisinsk undersøkelse, etter anmodning.

3.11.4 Rente og erstatning

Alivia forskutterer de utgifter som dekkes av forsikringen og får erstatning fra Forsikringsforetaket. Erstatning utbetales etter denne polisen til Alivia, som forskutterer kun etter at skriftlig melding er mottatt fra Forsikringstaker/behandlende Lege ved siden av gyldig fullmakt. Forsikringsforetaket skal

svare rente av erstatning eller forsikringssum når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til Forsikringsforetaket ved Vialia. Det vises til reglene i FAL § 18-4.

3.11.5 Ansvarstid

Forsikringens ansvarstid for et godkjent skadetilfelle er ubegrenset. Begrensningen vil dermed kun være relatert til at skaden oppsto i forsikringstiden, ble meldt i tide, og er innenfor rammen av forsikringssummen.

3.11.6 Foreldelse

Krav på erstatning eller forsikringssum foreldes etter 3 år. Fristen begynner å løpe ved utløpet av det kalenderår da den berettigede fikk nødvendig kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Kravet foreldes likevel senest 10 år etter utløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff, jf. FAL § 18-5.

Har Forsikringsforetaket ved Alivia sendt slik melding, jf. FAL § 18-5 annet ledd, inntreffer foreldelse tidligst ved utløpet av den fastsatte fristen, jf. FAL § 18-6.

Ellers gjelder reglene i foreldelsesloven 18. mai 1979 nr. 18. Fristen i FAL § 18-6 første ledd tredje punktum kan likevel ikke forlenges etter foreldelsesloven § 10.

4. Tjenester formidlet av Alivia på vegne av "Eir Försäkring AB"

Alivia administrerer medisinsk rådgivning på vegne av Forsikringsforetaket

4.1 Veiledning i helserelaterte spørsmål og tilgang til helsetjenester

Alivia vil veilede forsikringstaker eller forsikrede på følgende områder:

- Medisinsk veiledning i forbindelse med forsikredes behov for sykehus/spesialistbehandling, for at de skal få behandling innen avtalt garantitid.
- Medisinsk rådgivning med hensyn til vurdering av kvalitet på ulike sykehus eller behandlingstilbud som Forsikrede blir tilbudt.
- Medisinsk rådgivning relatert til pasientrettigheter knyttet til «Lov om pasientrettigheter» og rettigheter knyttet til vilkårene i VIALIA helseforsikring.
- Medisinsk veiledning i valg av helsetjenester som ikke omfattes av forsikringen
- Tilgang til Forsikringsforetakets portal for bestilling av helsetjenester
- Begrenset medisinsk hjelp til bestilling av helsetjenester som ikke omfattes av forsikringen.

4.2 Pasienthåndtering

Når den forsikrede skal behandles i henhold til inngått forsikringsavtale, vil Forsikringsforetaket v/Alivia bistå og bekoste som angitt nedenfor. Det bemerkes at Alivia kun er ansvarlig for formidlingen av nedenfor angitte tjenester, men ikke utførelsene av disse, jf. blant annet pkt. 4.2.4.

4.2.1 Konsultasjon hos spesialist

Når en forsikret i et forsikringstilfelle har behov for slik konsultasjon, vil Forsikringsforetaket ved Alivia skaffe time hos spesialist innen 10 virkedager etter at garantiperioden har startet å lepe ref. punkt. 3.10. Denne spesialistkonsultasjonen er dekket av forsikringen hvis den er rekvirert av Lege. Som et ledd i oppfølging eller i forbindelse med operasjon/behandling, er slike oppfølginger etter behandling/operasjon dekket for alle forsikrede gjennom produktet VIALIA helseforsikring.

4.2.2 Valg av Sykehus

Alivia vil på bakgrunn av opplysninger om forsikrede og den operasjon/behandling hun/han skal ha, anbefale et Sykehus som kan foreta operasjon/behandling innen den garantitid forsikringstaker har avtalt for forsikrede.

Forslag til valg av Sykehus vil bli foretatt på bakgrunn av kvaliteten på Sykehuset og Sykehusets beliggenhet i forhold til forsikredes bopel. Sykehuset kan være privat i Norge eller offentlig eller privat i Norden. forsikrede står fritt til å avslå tilbudet om behandlingsinstitusjon, men har da ikke et ubetinget krav på behandling under forsikringen. Forsikringsforetaket v/Alivia vil likevel søke å finne frem til et alternativ som forsikrede vil godta. Rimelig tid som medgår til å finne slike andre tilbud enn det først tilbudte, skal ikke regnes inn under garantitiden. I situasjoner hvor særlige kvalitetskriterier tilsier det, eller det ikke innenfor garantitiden er mulig å få tilgang til Sykehus i Norden, kan Sykehus utenfor Norden (men innenfor Europa) bli valgt.

4.2.3 Transport til og fra Sykehus

Forsikringen vil ved behandling i et forsikringstilfelle dekke nødvendige og påregnelige kostnader i forbindelse med reise og billettbestillinger hvis pasienten må reise ut av eget fylke for å komme til egnet sykehus. Hvis pasientens tilstand krever spesialtransport (for eksempel båretransport) eller følge av medisinsk personell, vil dette bli gjennomført gjennom innleid personell med de nødvendige kvalifikasjoner.

Når forsikrede kan behandles av det offentlig finansierte helsevesen innenfor garantitiden, dekker forsikringen ingen av utgiftene ved dette, men pasienten får her dekket sine utgifter av det offentlige etter gjeldende regler.

4.2.4 Oppfølging under og etter operasjonen/behandling

Personell fra Alivia vil under sykehusoppholdet i et forsikringstilfelle stå i løpende kontakt med pasient og sykehus for å følge opp under behandlingen. Alivia skal ikke overta ansvaret til behandlerne eller behandlingsinstitusjonen, men vil være en kontaktperson eller i nødvendig utstrekning en støtte for pasienten under pasientforløpet, dersom han/hun ønsker det. Ansvar for feil i profesjonsutøvelsen hos behandlende personell er behandlende personell/behandlingsstedets ansvar. Alle behandlingssteder skal ha betryggende normal ansvarsforsikring.

4.2.5 Rekonvalesens

Der rekonvalesens foreskrives av behandlende Lege/Sykehus, vil Alivia i forsikringstilfellene være behjelpelig med å tilrettelegge denne så nær pasientens hjemsted som mulig. Rekonvalesensen vil planlegges i samråd med behandlende Lege/Sykehus. Reisekostnader knyttet til reise til og fra rekonvalesensoppholdet besørges forskuttert av Alivia hvis dette ligger utenfor eget fylke. Dersom reisen krever spesialtransport, vil Alivia besørge dette.

4.2.6 Oppfølging av pårørende

Hvis pasienten ber om det, vil personell i Alivia løpende tilby å informere en representant for de pårørende om pasientens tilstand.

4.2.7 Avsluttet behandling

Etter avsluttet behandling vil ikke saken avsluttes før etter 6 måneder. Den forsikrede vil da kontaktes, slik at Forsikringsforetaket ved Alivia kan gjøre en helhetlig vurdering etter vilkårene om hvorvidt forsikringstilfellet krever ytterligere tiltak. Hvis ikke vil saken avsluttes fra Alivia sin side. Alle medisinske opplysninger og annen person informasjon vil bli oppbevart og arkivert i.h.t de til enhver tid eksisterende lover og krav om beskyttelse av personsensitiv informasjon (GDPR) og oppbevaring av helsedata.

4.2.8 Second opinion

Hvis den Forsikrede ber om det, vil Alvia tilby å fremskaffe en uavhengig spesialist som kan vurdere den forsikredes diagnose og behandling på nytt. Kostnadene for denne undersøkelsen dekkes under forsikringen. En slik undersøkelse forutsetter at diagnosen/behandlingen faller inn under forsikringsvilkårene.

4.3 Varsling

Alvia skal varsles om behandling/operasjonsbehovet så raskt som mulig etter at behandlende Lege har henvist til spesialist, foreskrevet operasjon eller behandling. Avtalt garantitid som spesifisert i forsikringsbeviset starter først når alle kravene i punkt 3.10 er oppnådd.

5. Oppsigelse og endring av avtalen

5.1 Bortfall på grunn av manglende premiebetaling

Forsikringen vil bortfalle om forsikringstaker ikke betaler innen de varslings – og betalingsfrister som følger av premievarslene fra Matrix på vegne av Forsikringsforetaket. Forsikringsforetakets ansvar i forbindelse med manglende premiebetaling reguleres av FAL §§ 14-1 og 14-2.

5.2 Bortfall og opphør av avtalen

Bestemmelsene i disse forsikringsvilkår kan ikke, utenom ved fornyelse av forsikringen, oppheves eller endres av Forsikringsgiver i Forsikringstakers disfavør, jf. FAL § 12-7.

Forsikringstakeren kan i Forsikringstiden si opp forsikringen dersom forsikringsbehovet faller bort eller det foreligger andre særlige grunner, eller for flytting av forsikringen til et annet selskap, jf. FAL § 12-4. Forsikringsforetaket ved Matrix skal varsles om oppsigelse med en frist på minst en måned. Ved flytting skal det i varselet opplyses om hvilket selskap forsikringen flyttes til og om tidspunktet for flyttingen, jf. FAL § 12-3.

Forsikringsdekningen opphører etter minst 30 dager, med mindre Forsikringsforetaket ved Matrix har akseptert en kortere frist. Dette vil i så fall bli skriftlig bekreftet av Forsikringsforetaket ved Matrix. Dekningen etter denne forsikringen opphører straks ved forsikredes død eller når forsikredes tilkynningsforhold til forsikringstakeren nevnt i forsikringsbeviset opphører, med mindre annet er skriftlig avtalt. Opphører forsikringen, skal forsikringstakeren – dersom opphøret ikke skyldes svik eller tilsvarende omstendigheter – godskrives overskytende premie som er innbetalt. Skyldig premie på 100 kroner eller mindre inndrives ikke. Til gode premie på 100 kroner eller mindre tilfaller Forsikringsforetakets representant. Der forsikringstaker representerer flere forsikrede har forsikringstaker ansvaret for å varsle de øvrige forsikrede om bortfallet av forsikringsdekningen.

5.3 Fornyelse av forsikringsavtalen

Vil ikke Forsikringstakeren at forsikringen skal fornyes automatisk, må han eller hun varsle Forsikringsforetaket ved Matrix innen forsikringstidens utløp, jf. FAL § 12-8.

Vil ikke Forsikringsforetaket at forsikringen skal fornyes automatisk, må det varsle forsikringstakeren om dette senest to måneder før forsikringstidens utløp. Varslet skal være skriftlig og grunngitt. I motsatt fall fornyes forsikringsforholdet for ett år, jf. FAL § 12-9.

Forsikringsforetaket kan bare unnlate å fornye en forsikring når det foreligger særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet. Forsikringsforetaket skal i varselet orientere om adgangen til forsikrede for å få prøvd om Forsikringsforetaket har rett til å unnlate fornyelse, jf. FAL § 12-4. Forsikringstakeren skal varsle de forsikrede om endringer i vilkårene.

6. Force majeure

Forsikringstaker kan ikke kreve gjeldende rett etter denne avtalen dersom Forsikringsforetaket ved Alivia er forhindret fra å gjennomføre sine forpliktelser på grunn av stans eller annen oppstått hindring utenfor Forsikringsforetakets kontroll. Dette gjelder situasjoner eller forhold som man ikke med rimelighet kunne ventes å ha tatt i betraktning på avtaletidspunktet, eller kunne klare å unngå eller overvinne følgene av. Som eksempel på slike forhold utenfor kontroll anses streik og krigslignende situasjoner etc.

7. Lovvalg og vernetting

Denne avtalen skal være underlagt og fortolkes i overensstemmelse med norsk rett. Enhver tvist som måtte oppstå som følge av forhold i tilknytning til denne avtale og som ikke kan løses i minnelighet, skal avgjøres av de alminnelige norske domstoler, med Oslo som vernetting. Eventuelle tvister som gjelder den kollektive forsikringsavtalen følger reglene i Lov om forsikringsavtaler av 16.06.89 nr. 69. Eventuelle søksmål gjeldende forsikringen må rettes direkte mot Forsikringsforetaket. Eventuelle søksmål om forsikredes rettigheter etter den kollektive forsikringen reguleres av norsk lov og kan anlegges for norske domstoler med Oslo tingrett som avtalt vernetting.

8. Rettstvist – klagebehandling

Forsikringsforetaket er ikke medlem i den frivillige forsikringsklagenemndordningen.

Nemndsbehandling etter denne ordning kan derfor ikke kreves av noen av partene, jf. FAL § 11-1 d, jf. § 20-1. Alivia har valgt å ha et eget klageutvalg bestående av minst tre personer med helsefaglig og eller/ eventuell juridisk bakgrunn, og hvorav minst en er lege. Forsikringstaker kan velge å klage til dette utvalget over alle sider av bruk av forsikringen, og dette har fristavbrytende virkning som nevnt i pkt. 3.11.2 foran.

Klagen sendes til Eir Försäkring AB, epost: klagomal@eirforsakring.se.

Når klagebehandlingen er over, eller maksimalt 3 måneder etter at klageutvalget mottok klagen, kan eventuelle tvister på vanlig måte tas inn for de ordinære domstoler som beskrevet i pkt. 8. Rett saksøkt er

Eir Försäkring AB, som i denne sammenheng er representert i Norge ved Matrix Insurance AS.

Matrix Insurance AS har rett og plikt til å motta søksmål mot Forsikringsforetaket i Norge basert på norsk rett.