



**Norsk
Tannhelseforsikring**



UNG – Vilkår gjeldende fra 01.01.2022

Innholdsfortegnelse

1 – Hvem forsikringen gjelder	1
2 – Hvor forsikringen gjelder	1
3 – Hva forsikringen dekker	1
3.1 Diagnoser	2
3.2 Behandlinger	2
4 – Opplysningsplikt	3
5 – Lovanvendelse	3
6 – Rett til forsikring og refusjon	4
6.1 Rett til forsikring og refusjon forutsetter at	4
6.2 Ikrafttredelsesdato og varighet	4
6.3 Endring av forsikringsavtale	5
6.4 Opphør/opsigelse	5
6.5 Premiebetaling	5
6.6 Særskilt for kollektive/gruppeavtaler	6
7 – Forsikringsdekning	6
8 – Unntak og begrensninger	6
8.1 Eksisterende tilstander	6
8.2 Tannhelseforsikringen dekker ikke	7
8.3 Idrett og fritidsaktiviteter	9
8.4 Direkte og indirekte behandlingsbehov	9
8.5 Forsett/aktsom fremkalling av forsikringstilfellet	10
9 – Tannlegens behandlingsgaranti og ansvar	10

10 – Krav om refusjon av utgifter	10
10.1 For ordinær behandling:	11
10.2 Refusjon, oppgjør og avslag	11
10.3 Annen forsikring	12
11 – Frister	12
11.1 Frist for å gi melding om forsikringstilfellet	12
11.2 Frist for å foreta rettslige skritt	12
11.3 Foreldelse	12
12 – Informasjon og samtykke	13
13 – Klager	13
Vedlegg 1 – Definisjoner	15
Vedlegg 2 – Refusjonsordning Helfo	17
Vedlegg 3 – Pasientbehandling (NTFs etiske regler)	18
Vedlegg 4 – Personvern	18

1 – Hvem forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder for den som er nevnt i forsikringsbeviset.

For kollektive forsikringsavtaler gjelder følgende:

Forsikringstakeren er den premiebetalende personen, arbeidsgiveren, fagforeningen eller medlemsorganisasjonen som den forsikrede er tilknyttet, som inngår en forsikringsavtale med forsikringsselskapet.

For kollektive forsikringsavtaler er forsikringstakeren ansvarlig for følgende:

- å oppbevare og opprettholde medlemsopplysningene til de forsikrede gruppemedlemmene
- å gi hvert av de forsikrede medlemmene et forsikringssertifikat
- varsle forsikringsselskapet om endringer knyttet til gruppemedlemskap (i henhold til forsikringsvilkårene)
- varsle de forsikrede medlemmene om all informasjon utstedt av forsikringsselskapet som er relevant for den forsikredes individuelle dekning under forsikringen

2 – Hvor forsikringen gjelder

Forsikringen gjelder for all behandling utført av en godkjent tannlege (se vedlegg 1) som har sitt hovedvirke og er lokalisert enten i Norge, Sverige eller Danmark. Forsikringen dekker ikke utbedring eller reparasjon av behandlinger utført utenfor Skandinavia.

3 – Hva forsikringen dekker

Denne forsikringen dekker uforutsette utgifter i forbindelse med dekningsmessig tannbehandlingsbehov (se 3.2 behandlinger), hos tannlege, som rammer forsikrede i forsikringsperioden.

Et behandlingsbehov må diagnostiseres og kreve behandling av en tannlege. Et behandlingsbehov er en akutt eller nyoppstått diagnose som dekkes fra behandlingen påbegynnes til ferdigstilling. Et behandlingstilfelle kan omfatte flere inngrep enn kun ett tannlegebesøk.

Det gis kun refusjon for én sammenhengende behandling per tann per forsikringsår. Forsikringsselskapet forhåndsgodkjenner ingen planlagte behandlinger.

Forsikringstilfelle starter på det tidspunkt forsikrede blir undersøkt eller oppsøker tannlege for dekningsmessig behandlingsbehov. Diagnosedato er avgjørende for hvilken forsikringsperiode skaden skal utbetales under.

Hvis behandlingen blir mer omfattende eller utgiften blir større enn det som er ansett som nødvendig, kan forsikringsselskapet redusere erstatningen til normalt nivå.

Forsikringen dekker følgende diagnoser og behandlinger:

3.1 Diagnoser

3.1.1 Karies – hull i tannen

Sykdommen er forårsaket av bakterier som gradvis løser opp tannsubstans.

3.1.2 Fraktur

Del av tann eller tannrestaurering som løsner.

3.1.2 Infraksjon

Sprekk i en tann som ikke er gjennomgående.

3.1.3 Attrisjon

Slitasje som følge av tyggeb belastning og tanngnissing.

3.1.4 Erosjon

Slitasje som følge av syrepåvirkning.

3.1.5 Abrasjon

Slitasje som følge av tannpuss.

3.1.6 Betennelse i tannerven

Forårsaket av at bakterier har kommet inn i nerven eller at nerven dør. Dette kan oppstå som følge av karies, dype fyllinger eller at tannen er utsatt for andre fysiske påkjenninger.

3.2 Behandlinger

3.2.1 Tannfylling

Tannfylling er et materiale som skal erstatte tapt tannsubstans. Brukes også til å gjenoppbygge tenner til sin opprinnelige form. Tannfyllinger finnes i flere ulike materialer, det vanligste brukt i dag er plastmateriale også kalt kompositt.

3.2.2 Enkel tanntrekking

Fjerning av tann som ikke kan behandles på annen måte. En enkel tanntrekking er tanntrekking som ikke krever kirurgi.

3.2.3 Rotfylling

Fjerning av tannens nerve som erstattes med et bakterietett materiale. Gjøres som en behandling for å bevare tannen når nerven er infisert av bakterier eller død.

Behandlingen strekker seg som regel over flere besøk og avsluttes gjerne med fylling eller krone.

Av og til må tannen rotfylles på nytt også kalt revisjon. Dette gjøres hvis første behandling ikke er vellykket.

3.2.4 Diverse behandling

– Anestesi – Bedøvelse

Lokalbedøvelse i munnhulen der inngrepet skal skje. Forhindrer smerte ved tannbehandling og anses som en nødvendig del av behandlingen.

– Akutt behandling

Med akuttbehandling menes umiddelbar, midlertidig lindring av sterke smerter, traumer, hevelse eller blødning i tannkjøttet/munnen. Gjelder som regel kun ett aktuelt behandlingsbehov.

4 – Opplysningsplikt

Forsikringstaker og den forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på forsikringsselskapets spørsmål. På oppfordring fra forsikringsselskapet skal forsikringstakeren og den forsikrede gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for forsikringsselskapets vurdering av risikoen jfr. FAL § 13-1a.

Ved uriktige og/eller mangelfulle opplysninger kan forsikringsselskapets ansvar settes ned eller falle bort.

5 – Lovanvendelse

Forsikringen er underlagt norsk lov og jurisdiksjon. Forsikringsbeviset og forsikringsvilkårene gjelder foran fravikelige lovbestemmelser.

Hvis tvist oppstår mellom forsikringstaker/forsikrede og forsikringsselskapet, kan den bringes inn for Finansklagenemnda i samsvar med FAL § 20-1 eller norsk domstol.

Rettstvister skal løses etter norsk lov.

Se også kapittel 13 – Klager, for mer informasjon

6 – Rett til forsikring og refusjon

6.1 Rett til forsikring og refusjon forutsetter at

6.1.1 Den forsikrede er mellom 18 og 35 år og er medlem av norsk folketrygd.

6.1.2 Forsikrede har vært til full rutineundersøkelse hos godkjent tannlege eller hos tannpleier i løpet av de siste 18 månedene før ikrafttredelsesdatoen for forsikringsavtalen.

6.1.3 Den forsikrede må gå til regelmessig rutineundersøkelse hos en godkjent tannlege eller tannpleier hele forsikringsperioden. Med regelmessig rutineundersøkelse menes minst én gang i løpet av en periode på maksimalt 18 måneder. Ved manglende overholdelse kan erstatningen settes ned eller falle bort, jfr. FAL § 13-9.

6.1.4 Forsikringstaker og den forsikrede har overholdt sin til enhver tid gjeldende opplysningsplikt, jfr. FAL § 13.

6.1.5 Forsikringen er trådt i kraft og premie betalt.

6.1.6 Der den forsikrede ber om å bli med i en kollektiv avtale, må forsikrede være en ansatt / medlem av gruppen, og en forespørsel må være mottatt av oss fra forsikringstaker sammen med gruppe- / medlemsinformasjon og en ikrafttredelsesdato for når medlemmets dekning begynner.

Ikrafttredelsesdatoen må være en dato i fremtiden, medlemskap kan ikke tilbakestilles til før ansatt / medlemsdato.

Anhørigene til gruppemedarbeidere / medlemmer er kvalifiserte til å bli med i en gruppeordning der deres tilhørighet er i samsvar med vilkårene i avtalen. Når anhørigene til ansatte / medlemmer blir med i en gruppeavtale, er de med hensyn til denne forsikringen underlagt de samme betingelser som ansatte / medlemmer.

6.2 Ikrafttredelsesdato og varighet

Forsikringen gjelder fra tegningsdato og premien er betalt (ikrafttredelsesdato). Forsikringen kan tegnes for 6 eller 12 måneders varighet. Ved forsikringsavtale av 12 måneders varighet, vil forsikrede få tilbud om fornyelse av forsikringsavtalen. Ved forsikringsavtale av 6 måneders varighet, vil forsikringen automatisk opphøre ved sluttdato.

Forsikringsselskapet kan unnlate å fornye en forsikring når det foreligger særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet.

6.3 Endring av forsikringsavtale

Forsikringsselskapet kan endre forsikringsvilkår og priser hvert år i forbindelse med den årlige fornyelsen, innenfor de regler som gjelder.

Forsikringsselskapet kan ikke endre forsikringsvilkår og priser i forsikringsperioden.

6.4 Opphør/opsigelse

Tannhelseforsikringen er gyldig frem til utløpet av forsikringsperioden etter fylte 34 år, såfremt forsikrede er medlem av norsk folketrygd. Forsikringsavtalen kan sies opp av forsikringstakeren med 30 dagers varsel eller forsikringsgiver med 60 dagers varsel når som helst i løpet av forsikringsperioden og i samsvar med gjeldende lover og forskrifter som regulerer denne forsikringen. Oppsigelse regnes fra første dag i påfølgende måned.

Forsikringsgiver forbeholder seg retten til å varsle oppsigelse av forsikringsavtalen dersom forsikringstaker ikke overholder avtalevilkårene, jfr. FAL Kap.12.

Vårt ansvar overfor hvert medlem av en gruppeavtale begynner fra ikrafttredelsesdatoen for hvert enkelt medlems dekning, og fortsetter til medlemmet (den forsikrede) eller forsikringstakeren / gruppen avslutter medlemskapet (det som kommer først), i samsvar med forsikringsvilkårene.

Hvis et medlem slutter å være medlem av en gruppe (for eksempel hvis ansettelsen i medlemsbedriften opphører), må melding om endringen bli gitt til Norsk Tannhelseforsikring og mottatt skriftlig av oss innen 30 dager etter at medlemmet gikk ut gruppen, for å sikre nøyaktigheten av informasjonen. Melding om denne endringen av gruppeavtalen må gis til oss av forsikringstakeren / gruppen (i henhold til vilkårene ovenfor) for å sikre at gruppen beholder dekning under avtalen. Varcel fra det utgående medlemmet vil bli akseptert, men må være i tillegg til bekreftelse fra forsikringstakeren (ikke i stedet for). Ovennevnte vilkår gjelder også der et medlem av en gruppeavtale ønsker å avslutte dekning under denne avtalen, men forblir medlem av / tilknyttet gruppen / selskapet / fagforeningen.

6.5 Premiebetaling

Premie betales enten for 6 eller 12 måneder. Premien bestemmes for én forsikringsperiode av gangen, og beregnes med den til enhver tid gjeldende konsumprisindeks og skadeutvikling. Ved manglende premiebetaling, mister forsikrede retten til refusjon, jfr. FAL § 14-2. Ved manglende premieinnbetaling, vil det sendes varsel til forsikrede om utestående beløp.

Dersom forfalt premie ikke er betalt innen 30 dager etter angitt forfallsdato, vil forsikringstaker få varsel om opphør av forsikringsavtalen. Dersom forfalt beløp ikke er oppgjort innen 30 dager etter angitt forfallsdato, oversendes kravet til inkasso og forsikringsavtalen blir da automatisk avsluttet.

Hvis det blir dokumentert at forsikringstakeren ikke har vært i stand til å betale innen betalingsfristen på grunn av uforutsette problemer som forsikringstakeren ikke kan klandres

for, vil vårt ansvar fortsette i en forlenget periode, men som ikke overstiger tre måneder utover perioden.

For gruppeavtaler er det forsikringstakerens ansvar å sørge for at betaling utføres for medlemmer av gruppeavtalen i henhold til forsikringsvilkårene.

6.6 Særskilt for kollektive/gruppeavtaler

Når et medlem/ansatt slutter seg til en gruppeavtale i forsikringsperioden, starter medlemskap fra tiltredelsesdatoen. Forsikringsperioden slutter når gruppeavtalen når sin fornyelsesdato. Det er ikke mulig å reservere seg mot medlemskap i en gruppeavtale.

Forsikringsperioden for en gruppeavtale er ett år, men medlemskapet for individuelle medlemmer som blir med i avtalen, kan være mindre enn ett år for å sikre at avtalen fornyes for alle medlemmer på samme dato.

7 – Forsikringsdekning

Forsikringssummen dekker opptil kr. 7 500 per forsikringsår. Forsikringen dekker ikke protetisk behandling, se definisjoner, vedlegg 1.

Gjeninnsetting av årlig forsikringssum som er oppbrukt før forfallsdato, er ikke mulig i forsikringsåret. Forsikringsproduktet er definert i forsikringsbeviset. Det utbetales ikke refusjon utover angitt forsikringssum i forsikringsperioden, med fradrag av egenandel. Forsikringsprodukt kan ikke endres i forsikringsperioden, kun ved hovedforfall.

8 – Unntak og begrensninger

8.1 Eksisterende tilstander

Denne forsikringen dekker ikke utgifter til følgende:

8.1.1 Eventuelle forverringer og/eller påfølgende tilstand som har oppstått som følge av at forsikrede ikke har gjennomført hensiktsmessig behandling, som tidligere er blitt anbefalt/tilrådet av en tannlege, og/eller er journalført/dokumenterbart med røntgen.

8.1.2 Orale tilstander og/eller relaterte tanntilstander som var blitt påvist eller forverret - har vist tegn og/eller symptomer før ikrafttredelsesdatoen av forsikringsavtalen.

8.1.3 Eventuelle tannbehandlinger som var planlagt, journalført, eller som den forsikrede var klar over og selvutsatt, før ikrafttredelsesdatoen.

8.1.4 Kostnader for planlagt/utsatt behandling påvist før ikrafttredelsen av denne forsikringsavtalen.

8.1.5 Omgjøring av tidligere fyllinger eller rotfyllinger som er utført i løpet av de siste to år før ikrafttredelse, dekkes ikke av forsikringen.

8.1.6 Karensperiode.

I. Diagnostiserte behandlingsbehov og/eller tilstander som er blitt påvist eller vist tegn og/eller symptomer i en periode på 30 dager fra ikrafttredelsesdatoen (karensperiode) dekkes ikke av forsikringen.

II. For rotbehandling er karenstiden 90 dager fra ikrafttredelsesdatoen.

III. Karensperiode gjelder ved førstegangstegning, ikke ved automatiske fornyelser eller ved intern flytting av forsikringen.

IV. Det påløper ny karenstid ved opphold i forsikringsavtalen.

8.2 Tannhelseforsikringen dekker ikke

8.2.1 Behandlinger som er forhåndsdefinert for refusjon, eller dekkes helt eller delvis av Helfo, jfr. Vedlegg 2 – Refusjonsordning Helfo. Ved delvis Helfo-dekning dekker ikke forsikringen egenandel eller mellomlegg.

8.2.2 Forsikringsselskapet erstatter ikke utgifter som er dekket på annet vis gjennom lov, forskrifter, konvensjoner, annen forsikring eller kollektivavtaler.

8.2.3 Kostnader knyttet til alle former for behandling av visdomstenner, inkludert trekking.

8.2.4 Kostnader for årlig rutineundersøkelse/kontroll som rens, puss, inkludert radiografi eller OPG (panoramarøntgen) hos tannlege eller spesialist.

8.2.5 Hygieniske tiltak, produkter, resepter eller medisiner.

8.2.6 Forsikringen dekker ikke narkose eller annen bedøvelse utover normal lokalbedøvelse.

8.2.7 Krav knyttet til behandling av skader/tilstander som er selvpåført.

8.2.8 Tannbehandlinger av skader/tilstander forårsaket gjennom yrkesutøvelse.

8.2.9 Tannbehandlinger av skader/tilstander oppstått under medvirkning til, direkte eller indirekte deltagelse av en kriminell handling, med mindre forsikrede er en uskyldig tilskuer.

8.2.10 Tannhelseforsikringen dekker ikke behandlinger forårsaket av eller som er følge av å være påvirket av rus- eller bedøvende midler, deltagelse i et slagsmål, med mindre forsikrede er en uskyldig tilskuer.

8.2.11 Der det ikke er noen synlige tegn på behandlingsbehov på ellers friske og funksjonelle tenner.

8.2.12 Behandling hvor det ikke foreligger en behandlingskrevende diagnose eller et dokumenterbart behandlingsbehov forut for at behandlingen blir utført.

8.2.13 Tannregulering (kjeveortopedi) og øvrig behandling knyttet til dette.

8.2.14 Studiemodeller, vevsprøver eller mikrobiologisk tester eller tilsvarende.

8.2.15 Kostnader ved ikke å møte opp til avtalt tid eller reise- og/eller oppholdsutgifter, parkering i forbindelse med tannbehandling dekkes ikke. Ei heller noen form for konsekvensskader, som sykepenger, tap av inntekt og lignende.

8.2.16 Administrasjonsgebyr, faktureringsgebyr, purregebyr eller tilsvarende.

8.2.17 Protetisk behandling, se definisjoner, Vedlegg 1.

8.2.18 Bitt- og/eller snorkeskinne.

8.2.19 Overbehandling, jfr. Vedlegg 3

8.2.20 Forsikringen dekker ikke tillegg i pris ved behandling i forbindelse med helg eller helligdag.

8.2.21 Kosmetisk tannbehandling/kirurgi, eller utbedring av tidligere kosmetiske inngrep hvor det primære formålet er å gi forsikredes tannsett et bedre utseende i fravær av en sykdom/skade i tannsettet. Dette inkluderer bl.a.:

I. nye tannfyllinger og eller utskifting av tannfyllinger som ikke er defekte eller hvor det ikke er et akutt behandlingsbehov;

II. bleking av tenner og annen behandling av misfargede tenner, inkludert blekeskinner;

III. skallfasetter;

IV. andre typer behandlinger som kan likestilles med det ovenstående;

V. følgeskader som har oppstått i forsikredes tannsett som følge av bruk av smykker som er limt på tennene, piercing i og rundt munnen, så vel som andre typer pynt eller slike som er sammenlignbare med dette, dekkes ikke av forsikringen.

8.3 Idrett og fritidsaktiviteter

Tannhelseforsikringen dekker ikke behandlinger forårsaket av eller som en følge av:

8.3.1 Basehopping, fallskjermhopping, paragliding, strikkehopping, kiting, glideflyging med mikrolette og ultralette småfly.

8.3.2 Alle typer kampsport som boksing, karate og lignende.

8.3.3 Krav som følge av at forsikrede ikke har iført seg med passende tannbeskyttelse mens vedkommende deltar i sportslige aktiviteter.

8.3.4 All utførelse av motorsport med båt, vannjet, bil, motorsykel, snøscooter og tilsvarende.

8.3.5 All utførelse av sport og idrett som gir sikker inntekt eller sponsorinntekter over 1G (G = Folketrygdens grunnbeløp) per år.

8.3.6 Opphold i høyder på over 4000 meter.

8.3.7 Risikofylte ekspedisjoner hvor det er høy sannsynlighet for at skader kan inntreffe.

8.3.8 Bruk av sykkel, el-sykkel, el-sparkesykkel, rullebrett og tilsvarende.

8.3.9 Dykking dypere enn 40 meter.

8.3.10 Dykking uten gyldig internasjonalt sportsdykkersertifikat (PADI, CMAS, NAL) for den faktiske dybden.

8.3.11 Profesjonell dykking/yrkesdykking.

8.4 Direkte og indirekte behandlingsbehov

Forsikringen dekker under ingen omstendighet direkte eller indirekte behandlingsbehov som følge av, eller i forbindelse med, følgende av og/eller forårsaket av:

8.4.1 biologiske eller kjemiske stoffer, bruk av raketter, atomvåpen eller radioaktiv stråling

8.4.2 kjernefysiske reaksjoner, ioniserende stråling, kjernebrensel og radioaktivt avfall

8.4.3 radioaktive, giftige, eksplosive eller andre farlige egenskaper ved kjerneladete sprenglegemer

8.4.4 krig eller krigslignende handlinger, opprør eller lignende forstyrrelser av den offentlige orden

8.4.5 enhver form for terrorhandlinger

8.4.6 pandemier eller tilsvarende smittsomme sykdomsutbrudd

8.5 Forsett/aktsom fremkalling av forsikringstilfellet

Har den forsikrede forsettlig fremkalt forsikringstilfellet, er forsikringsselskapet ikke ansvarlig jfr. FAL § 13-8.

Har den forsikrede grovt uaktsomt fremkalt forsikringstilfellet eller økt skadens omfang, kan forsikringsselskapets ansvar settes ned eller falle bort jfr. FAL § 13-9.

Bestemmelsen om forsett eller grov uaktsomhet gjelder ikke dersom forsikrede på grunn av alder eller sinnstilstand ikke kunne forstå rekkevidden av sin handling.

9 – Tannlegens behandlingsgaranti og ansvar

Behandlinger som omfattes av tannlegers behandlingsgaranti, inkludert feil- og overbehandling, som tannlegen er ansvarlig for å erstatte eller utbedre for egen kostnad dekkes ikke. Det samme gjelder behandlinger som omfattes av tannlegers ansvarsdekning eller kan dekkes av Norsk Pasientskadeerstatning.

Forsikringsselskapet forbeholder seg retten til å gjøre regress gjeldende ovenfor behandlende tannlege, dersom denne har utvist uaktsomhet, gjennomført overflødig eller unødig kostbar behandling, som ikke var nødvendig for å utbedre det aktuelle behandlingsbehovet, jfr. vedlegg 3.

10 – Krav om refusjon av utgifter

Enhver som mener å ha et krav mot forsikringsselskapet, skal uten ugrunnet opphold melde fra om det og skal gi forsikringsselskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelig for ham eller henne, og som forsikringsselskapet trenger for å kunne ta stilling til kravet og utbetale erstatningen.

Dine refusjonskrav er administrert av Nordic Benefits AS v/ Norsk Tannhelseforsikring på vegne av forsikringsgiver Collinson Insurance Europe Limited, Malta.

Det må opprettes egen skadesak for hvert skadetilfelle som avdekkes/diagnostiseres hos tannlegen. Skader på flere tenner som avdekkes/diagnostiseres samme dato, skal meldes som en sak. Datoen for når et behandlingsbehov er avdekket/diagnostisert av tannlegen skal anvendes som skadedato i skademeldingen.

Komplett refusjonskrav/skadekrav må sendes inn elektronisk innen ett år etter skadedato/diagnosedato. Refusjon for behandlingsutgifter utbetales etter endt behandling.

Søknad om refusjon registreres elektronisk på «Min side». Ved søknad om refusjon må følgende dokumentasjon fremlegges for at søknaden skal kunne behandles, jfr. FAL § 18-1.

10.1 For ordinær behandling:

10.1.1 Dokumentasjon for hele tannsettet to år tilbake i tid med opplysninger om rutineundersøkelse hvert år.

10.1.2 Spesifisert kvittering for utført behandling.

10.1.3 Røntgenbilder, timebokutskrift, henvisninger og epikriser anses som en del av journaldokumentasjonen og kan bli etterspurt.

Fullstendig journaldokumentasjon skal inneholde undersøkelse, diagnose, funn, terapi, planlagt og utført behandling for hele tannsettet. Daterte røntgen/OPG og kliniske foto anses som en del av journalen og skal innsendes på forespørsel. Pasientens personalia skal klart fremkomme i innsendt dokumentasjon.

Det er den forsikredes plikt å skaffe til veie nødvendig dokumentasjon. Dokumentasjonen skal lastes inn elektronisk på «Min side». Manglende dokumentasjon gir ikke rett til refusjon inntil tilfredsstillende dokumentasjon foreligger.

Håndskrevet journal er ikke godkjent dokumentasjon og vil ikke bli vurdert av forsikringsselskapet.

Etterføringer eller endringer av journal og annen dokumentasjon i ettertid av tannbehandling, godkjennes ikke av forsikringsselskapet.

Dersom forsikrede ikke kan dokumentere å ha vært til tannlege siste to år, kan kravene ovenfor frafalles. I slike tilfeller vil siste rutineundersøkelse være gjeldende, som da ikke kan være eldre enn 18 måneder.

Forsikringsutbetalingen vil kunne avhenge av at kravstilleren gir forsikringsselskapet de nødvendige fullmakter til å innhente opplysninger for å kunne ta standpunkt til erstatningskravet. Gis det uriktige eller ufullstendige opplysninger som fører til uberettiget erstatningsutbetaling, kan det medføre helt eller delvis tap av alle rettigheter mot forsikringsselskapet i samsvar med FAL § 18-1.

10.2 Refusjon, oppgjør og avslag

Forsikrede mottar oppgjørsbrev hvor det detaljert skal fremkomme hvilken behandling som refunderes og hvilken som avslås. Avslag skal gi henvisning til forsikringsvilkårene og gjeldende lovverk. Beløp som utbetales skal fremkomme klart og tydelig med fradrag for egenandel, og tidspunkt for når forventet utbetaling vil skje. Refusjon overføres direkte til den forsikredes oppgitte bankkonto. Egenandel per skadetilfelle er kr. 250 og trekkes av den totale summen til utbetaling.

Forsikringsselskapet svarer forsinkelsesrenter i henhold til FAL § 18-4. Forsikringsselskapet er ikke ansvarlig for økonomiske tap som følge av at refusjonen er forsinket på grunn av krig, politisk uro, endring, offentlige forskrifter, konflikter på arbeidsplassen, streik, stans i samferdsel eller annen hindring utenfor forsikringsselskapets kontroll.

10.3 Annen forsikring

Hvis det er noen annen forsikring som dekker noen av de samme fordelene, må den forsikrede opplyse om dette til oss. Vi er ikke ansvarlige for å betale eller bidra med mer enn vår andel av forsikringen. Enhver betaling eller bidrag utover slikt ansvar skal være etter vårt eget skjønn og skal ikke berøre denne betingelsen. Vi forbeholder oss retten til å kreve tilbake fra et annet forsikringsselskap enhver betaling vi har utbetalt over vårt ansvar.

11 – Frister

11.1 Frist for å gi melding om forsikringstilfellet

Dersom forsikrede ikke har meldt kravet til forsikringsselskapet med fullstendig dokumentasjon innen ett år etter at forsikrede fikk kunnskap om de forhold som er begrunnet i kravet, mister forsikrede retten til refusjon, jfr. FAL § 18-5.

11.2 Frist for å foreta rettslige skritt

Forsikringsselskapet er fri for ansvar hvis den som har krav på utbetaling ikke har anlagt sak eller krevd nemndbehandling innen seks måneder, regnet fra den dag forsikringsselskapet skriftlig har meddelt vedkommende at det ikke anser seg ansvarlig og samtidig minnet ham eller henne om fristen, dens lengde og følgen av at den oversittes, jfr. FAL § 18-5.

11.3 Foreldelse

Er ikke krav på erstatning allerede bortfalt etter punkt 11.1 og 11.2, foreldes kravet etter tre år i samsvar med bestemmelsen i FAL § 18-6. Krav som er meddelt til forsikringsselskapet før foreldelsesfristen er utløpt, foreldes vanligvis tidligst seks måneder etter at den berettigede har fått særskilt skriftlig melding om at foreldelse vil bli påberopt, jfr. bestemmelsen i FAL § 18-6, 3 ledd.

12 – Informasjon og samtykke

Når det tegnes forsikring, samtykker forsikrede til at forsikringsselskapet kan innhente relevante journalopplysninger fra tannlegen forsikrede har blitt undersøkt og/eller behandlet hos, samt ta kontakt med tannlege ved uklarheter i dokumentasjonen. Det samtykkes samtidig til at all kommunikasjon hovedsakelig skjer elektronisk. Personlige opplysninger vi beholder om forsikrede, er nærmere beskrevet i Vedlegg 4. Samtykke til innhenting av relevant journalinformasjon, kan tilbakekalles etter ønske og i henhold til gjeldende regelverk om personvern.

Samtykket gir blant annet oss som forsikringsgiver mulighet til elektronisk å innhente relevante journalopplysninger fra tannlegen du har blitt undersøkt og/eller behandlet hos. Dette gjelder før, så vel som etter, ikrafttredelsestidspunktet av forsikringsavtalen. Samtykket betyr også at du fritar tannlegen for sin taushetsplikt selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av rettigheter under forsikringen.

13 – Klager

For at vi skal kunne forbedre oss i alle ledd og ha fornøyde kunder, må klager og innspill til oss følge en fastsatt prosedyre. Dersom du ønsker å klage på noe, eller er misfornøyd i kontakten med oss, må du følge følgende prosedyre, slik at vi kan løse saken din effektivt og rettferdig.

Fristen for å klage er seks måneder fra avslag på forsikringskrav er mottatt av forsikrede, jf. FAL 18-5, annet ledd.

Trinn 1 – Klage på skadeoppgjør eller produkt

Kontakt en av våre medarbeidere. De skal forsøke å løse klagen med en minnelig løsning direkte.

Klage gjøres ved å sende epost til: skade@norskthf.no.

Klagen skal være skriftlig begrunnet og med klar referanse til hvilken sak det gjelder.

Trinn 2 – Kontakt med Klagenemd

Blir dere ikke enige om å avslutte klagesaken, men du ønsker å forfølge den, kan du kreve at saken blir behandlet av vår uavhengige klagenemd.

Klagenemnden avgjør om saksbehandlingen skal fortsette for Selskapets regning eller avsluttes. Den som klager, skal orienteres om utfallet av nemndens behandling. Nemndens formann har anledning til å avvise klager som klart ikke vil føre frem.

Klagenemnden består av tre personer, hvorav minst ett medlem skal ha juridisk bakgrunn med erfaring fra forbrukersaker knyttet til forsikring og minst ett medlem skal ha odontologisk (tannlege) kompetanse og erfaring. Nemndsbehandling skjer uten kostnad for klageren.

Behandlingstid i nemden skal i utgangspunktet ikke overstige åtte uker, avhengig av kompleksitet og omfang.

Skriftlig klage til vår Klagenemd må sendes til epost: klage@norskthf.no.

Trinn 3 – Finansklagenemda (FinKn)

Ved fortsatt uenighet om nemdens konklusjon, kan klager også velge å legge frem saken for Finansklagenemda, se nærmere informasjon på: www.finkn.no.

Alternativt kan du også kontakte forsikringsselskapet

Collinson Insurance Solutions Europe Limited (UK Branch)

The Complaints Department PO BOX 637
Haywards Heath West Sussex RH16 1WR
England

cielcomplaints@collinsongroup.com

Collinson Insurance Europe Limited (CIEL) er forsikringsgiver og forsikrer alle fordelene som er gitt under forsikringen. CIEL utnevnte Collinson Insurance Solutions Limited (CISEL) til å håndtere klager på sine vegne som angitt ovenfor. CISEL tilbyr også oversettelse av all korrespondanse du måtte trenge.

Hvis du fortsatt er misfornøyd etter å ha mottatt svaret vårt, kan du også sende klagen til The Office of Arbiter for Financial Services. Denne tjenesten leveres på engelsk og maltesisk. Ytterligere detaljer, inkludert kontaktinformasjon til The Office of Arbiter for Financial Services, finner du på adressen nedenfor:

Officer of the Arbiter for Financial Services

1st Floor
St Calcedonius Square Floriana FRN 1530 Malta

Tel: 80072366 (direkte på Malta)

Tel: +356 212 49245 (utenfor Malta)

Email: complaint.info@financialarbiter.org.mt

Website: <https://financialarbiter.org.mt>

Denne forsikringen er utstedt av:

Collinson Insurance Europe Limited

Development House St Anne Street Floriana FRN 9010 Malta Authorised and Regulated by the Malta Financial Services Authority to carry on business under the Insurance Business Act, 1998

Vedlegg 1 – Definisjoner

1 – Forsikringstaker

Forsikringstaker er den personen, arbeidsgiver, forbund eller organisasjon som inngår en forsikringsavtale med forsikringsgiver og er ansvarlig for betaling av forsikringspremien.

2 – Den forsikrede

De personer som fremkommer i forsikringsbeviset at forsikringer gjelder for.

3 – Godkjent tannlege

En tannlege/spesialist som er medlem av Den norske tannlegeforening, lisensiert og med full autorisasjon og har sitt hovedvirke i Norge, eller tilsvarende i Sverige eller Danmark.

Tannlegen/spesialisten kan ikke være deg selv, et medlem av familien, eller en person som er forsikret under denne forsikringsavtalen.

4 – Eksisterende tilstander

Forsikrede har ikke behov for behandling og har ingen eksisterende tilstander som krever behandling eller som tidligere er diagnostisert og journalført av tannlege/behandler.

5 – Protetisk behandling

Protetisk behandling er erstatning av tapt tannsubstans, eller tapt tann i sin helhet med innsetting av krone, bro eller implantat.

6 – Regelmessig tannkontroll

Den forsikrede må gå til regelmessig rutineundersøkelse/kontroll hos en godkjent tannlege eller tannpleier. Regelmessig rutinekontroll inkluderer klinisk undersøkelse av hele tannsettet, munnhulen, puss, rens og eventuelt røntgen. Akutte undersøkelser eller behandlinger anses ikke som regelmessig rutinekontroll.

7 – Forsikringsgiver

Collinson Insurance Europe Limited of Development House, Reg.no. C89980 St Anne Street, Floriana FRN 9010, Malta.

8 – Forsikringsagent

Nordic Benefits AS v/merkenavn Norsk Tannhelseforsikring, Philip Pedersens vei 20, 1366 Lysaker, er forsikringsagent for Collinson Insurance Europe Limited og utsteder forsikringene i kraft av fullmakt fra selskapet. Nordic Benefit AS er godkjent forsikringsformidler og er underlagt Lov om Forsikringsformidling med tilhørende forskrift.

Virksomheten hører innunder kontroll av Finanstilsynet og er registrert i Finanstilsynets register over godkjente formidlere (www.finanstilsynet.no).

9 – Forsikringsperioden – forsikringsår

Forsikringsperioden er angitt i forsikringsbeviset.

10 – Karenstid

Karenstiden er perioden som må være fullført fra ikrafttredelsesdatoen for forsikringsavtalen før forsikringen er gyldig.

Karenstiden gjelder ved ny tegning og dersom det har vært en pause i forsikringsperioden (ventetiden gjelder ikke når polisen fornyes).

Vedlegg 2 – Refusjonsordning Helfo

Tannlegen/tannpleieren vurderer om du faller inn under noen av disse unntakene, og derfor har krav på støtte fra Helfo, ref. pkt. 6.2 Tannhelseforsikringen dekker ikke.

De 15 tilstandene som kan gi rett til stønad fra Helfo er:

- 1.** Sjelden medisinsk tilstand (spør tannlegen om hvilke tilstander som til enhver tid er med på denne listen, eller les mer om sjeldne medisinske tilstander på helsenorge.no);
- 2.** Leppe–kjeve–ganespalte;
- 3.** Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen ellers;
- 4.** Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander;
- 5.** Sykdommer og anomalier i munn og kjeve (tann– og kjevekirurgisk behandling);
- 6.** Periodontitt (tannkjøttssykdom);
- 7.** Tannutviklingsforstyrrelser (medfødte tilstander);
- 8.** Bittanomalier (tannregulering/kjeveortopedi);
- 9.** Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon og erosjon (alvorlig tanngnissing og syreskader);
- 10.** Hyposalivasjon (munntørrehet);
- 11.** Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer (i munnhule eller på hud);
- 12.** Tannskade ved godkjent yrkesskade (yrkesskaden må være godkjent av NAV og tannbehandlingen må ha sammenheng med yrkesskaden);
- 13.** Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade (fritidsulykker);
- 14.** Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne (den sterkt nedsatte evnen til egenomsorg må ha vart i minst ett år og ha forårsaket redusert tannhelse);
- 15.** Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven (og ute av stand til å kunne bruke løstsittende protese).

Vedlegg 3 – Pasientbehandling (NTFs etiske regler)

En pasient har krav på tannlegens råd og veiledning. Tannlegen skal utføre sitt arbeid i samsvarende med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra tannlegens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted. Behandlingen bør baseres på gjensidig tillit og skal bygge på informert samtykke.

Behandlingen skal fullføres så lenge den ikke avbrytes av pasienten, eller dersom det foreligger rimelig grunn for dette. I så fall må tannlegen gjøre det klart for pasienten at vedkommende ikke er ferdigbehandlet.

Krever undersøkelser eller behandling kunnskap eller metoder som tannlegen ikke innehar eller behersker, skal det sørges for at pasienten henvises til andre med større kompetanse på angjeldende felt. Gjør tannlegen funn som kan ha betydning for pasientens generelle helse, skal tannlegen informere pasienten om dette og anmode pasienten om å bringe dette videre til sin fastlege.

I tillegg henvises det til Helsedirektoratets «God klinisk praksis i tannhelsetjenesten» – en veileder i bruk av skjønn ved nødvendig tannbehandling, sist oppdatert 11/2019.

Vedlegg 4 – Personvern

Nordic Benefits AS under merkenavnet Norsk Tannhelseforsikring er representant for forsikringsgiver.

Hvordan bruker vi informasjon om deg

Som forsikringsgiver og datakontroller, samler og behandler vi informasjon om deg slik at vi kan gi deg de produktene og tjenestene du har bedt om. Dette vil inneholde navn, adresse, helseinformasjon, risikodata og annen informasjon som er nødvendig for oss for å:

- møte våre kontraktuelle forpliktelser til deg;
- sikre utstedelse av forsikringsdokumenter;
- håndtere skademeldinger eller andre spørsmål du måtte ha;
- vedlikeholde din forsikringsavtale (inkludert skadekrav, forsikringsadministrasjon, betalinger og andre transaksjoner); og
- avdekke, undersøke og forhindre tilfeller som kan være ulovlige eller kunne føre til at forsikringsavtalen din blir kansellert eller behandlet som om den aldri har eksistert.

Noen av de personlige opplysningene du oppgir, kan være sensitiv informasjon. Dette inkluderer detaljer knyttet til helsemessige og/eller medisinske journaler. Dersom vi trenger ytterligere samtykke til å innhente og behandle sensitiv informasjon om deg, vil dette bli forespurt. Vær oppmerksom på at vi i disse tilfellene ikke kan tilby deg en forsikring eller behandle et krav dersom du ikke godtar at vi innhenter og behandler relevant sensitiv informasjon.

For å kunne administrere din forsikringsavtale og behandle eventuelle krav, vil sensitiv informasjon om deg kunne deles med pålitelige tredjeparter. Dette vil inkludere medlemmer av The Collinson Group, Cloud Insurance, som er driftsansvarlig for vårt forsikringssystem og Bizview Systems, som er administrator for vår virksomhetsstyring – sammen gir disse administrasjonsstøtte på våre vegne. I all tredjeparts kommunikasjon vil vi ha strenge kontraktsvilkår for å sikre at informasjonen din forblir trygg og sikker

Vi deler ikke informasjonen din med noen andre, med mindre du gir ditt samtykke til dette. Unntak for dette vil være som følge av krav fra Finanstilsynet eller andre regulerende myndigheter.

Behandling av dine data

Dine data vil hovedsakelig bli behandlet med basis i at de er:

- nødvendig for å kunne administrere din forsikringsavtale hos oss;
- det er av offentlig interesse eller avgjørende betydning for deg: eller
- for å sikre våre legitime forretningsinteresser.

Hvis det er usikkerhet knyttet til ovenstående, vil vi be om ditt samtykke for å behandle dataene dine

Hvordan lagres og beskyttes dine data

Alle personlige opplysninger som er samlet inn av oss, er lagret på sikre servere som hovedsakelig er lokalisert i Norge og Storbritannia. Helserelaterte opplysninger om deg lagres kun i Norge og hos vår forsikringsgiver i England, som er underlagt samme strenge regelverk i forhold til personvern.

Vi må beholde og behandle dine personlige opplysninger i forsikringsperioden og etter denne tiden slik at vi kan oppfylle våre lovpålagte forpliktelser eller for å imøtekomme naturlige forespørsler fra våre regulerende myndigheter.

Vi har også sikkerhetstiltak på plass i våre kontorer for å beskytte informasjonen du har gitt oss.

Hvordan få tilgang til informasjonen din

Du har rett til å be om en kopi av informasjonen vi har lagret om deg. Vennligst kontakt oss

på:

E-post: kundeservice@norskthf.no

<https://www.norsktannhelseforsikring.no>

eller

Nordic Benefits AS

v/Norsk Tannhelseforsikring

Philip Pedersens vei 20, 1366 Lysaker.

Dette vil normalt bli gitt gratis, men i enkelte tilfeller kan vi enten kreve et rimelig beløp for denne tjenesten, eller nekte å gi deg denne informasjonen, hvis forespørselen din åpenbart er uberettiget eller overdreven.

Vi vil sørge for at din personlige informasjon er korrekt og oppdatert. Du kan be oss om å rette opp eller fjerne informasjon du synes er unøyaktig.

Hvis du ønsker å klage på bruken av dine personlige opplysninger, vennligst kontakt vår klageadministrator ved hjelp av detaljene ovenfor. Du kan også klage direkte til Datatilsynet. Ytterligere informasjon finnes på <https://www.datatilsynet.no>