

Innholdsfortegnelse

1.	Hvem forsikringen gjelder for	2	6.	Utbetaling av ytelser under forsikringen	4
2.	Hvor forsikringen gjelder	2	7.	Betaling av forsikringen	4
3.	Når forsikringen begynner å gjelde	2	7.1	Betaling	4
4.	Definisjoner	2	7.2	Manglende betaling fra forsikrede	4
4.1	Arbeidsledighet/permittering	2	7.3	Gjenopptak av forsikringen	4
4.2	Arbeidsuførhet/ervervsuførhet	2	8.	Opplysningsplikt	4
4.3	Forsikrede	2	8.1	Følgene av forsømt opplysningsplikt ved etablering av forsikringsavtale	4
4.4	Forsikringsselskapet	2	9	Begrensninger i selskapets ansvar	4
4.5	Forsikringstaker	2	9.1	Forsikringen dekker ikke;	4
4.6	Forsikringstilfelle	2	9.2	Selvmord	4
4.7	Heltidsarbeid	2	9.3	Svik	4
4.8	Hendelsesdato	2	9.4	Uaktsomhet	4
4.9	Lege	2	10	Generelle bestemmelser	5
4.10	Selvstendig næringsdrivende	2	10.1	Endring av vilkår	5
4.11	Studieavbrudd	2	10.2	Følger av forsømt opplysningsplikt ved erstatningsoppgjør	5
4.12	Utestående balanse	2	10.3	Melding om krav i henhold til forsikringsavtalen	5
5.	Hva forsikringen kan omfatte	2	10.3.1	Fremgangsmåte ved skademelding	5
5.1	Dødsfall	2	10.3.2	Endelig frist for å melde krav under forsikringen	5
5.1.1	Vilkår for erstatning	2	10.4	Skatt	5
5.1.2	Forsikringstilfellet	2	10.5	Foreldelse	5
5.1.3	Ytelser ved dødsfall	2	10.6	Innsamling og behandling av personopplysninger	5
5.2	Arbeidsuførhet / Studieavbrudd (for studenter)	2	10.7	Et sentralt skaderegister(FOSS)	5
5.2.1	Vilkår for erstatning	2	11	Forhold mellom de ulike forsikringsdekningene	5
5.2.2	Forsikringstilfellet	2	12	Opphør og oppsigelse	5
5.2.3	Ytelser ved arbeidsuførhet / studieavbrudd	2	12.1	Opphør	5
5.3	Arbeidsledighet/permittering (gjelder kun for arbeidstakere, ikke selvstendig næringsdrivende)	3	12.2	Oppsigelse fra forsikrede	5
5.3.1	Vilkår for erstatning	3	13	Regress	6
5.3.2	Forsikringstilfellet	3	14	Klageadgang	6
5.3.3	Ytelser ved arbeidsledighet/permittering	3	14.1	Intern klageadgang	6
5.4	Kritisk sykdom	3	14.2	Ekstern klageadgang	6
5.4.1	Vilkår for erstatning	3	14.3	Vernetting ved tvister	6
5.4.2	Forsikringstilfellet	3			
5.4.3	Ytelser ved kritisk sykdom	3			
5.4.4	Hvilke kritiske sykdommer dekkes	3			
5.4.4.1	Kreft	3			
5.4.4.2	Hjerteinfarkt	3			
5.4.4.3	Hjerneslag	3			
5.4.4.4	Koronarsykdom	3			
5.4.4.5	Transplantasjon av et stort organ	3			
5.4.4.6	Nyresvikt	4			
5.4.5	Spesialister m.fl.	4			
5.5	Sykehusinnleggelse (Gjelder kun for selvstendig næringsdrivende og studenter)	4			
5.5.1	Vilkår for erstatning	4			
5.5.2	Forsikringstilfellet	4			
5.5.3	Ytelse ved sykehusinnleggelse	4			

1. Hvem forsikringen gjelder for

Forsikringen gjelder for korthaver/låntaker mellom 18 og 65 år som har inngått avtale om betalingsforsikring på kredittkort/forbrukslån i DNB Bank ASA.

Korthaver/låntaker blir heretter kalt forsikrede.

En forutsetning for å være omfattet av forsikringen er at forsikrede har bekreftet å være arbeidsfør i heltidsarbeid i Norge (minst 16 timer i uken) eller selvstendig næringsdrivende.

Videre må forsikrede være frisk, det vil si ikke kjent med sykdom, symptomer eller skade som vil medføre fremtidig undersøkelse, behandling eller sykehusopphold.

2. Hvor forsikringen gjelder

Forsikringsdekning gjelder i hele verden. Se likevel punkt 9.

3. Når forsikringen begynner å gjelde

Forsikringen begynner å gjelde fra det tidspunkt forsikrede har inngått avtale om betalingsforsikring og samtidig har bekreftet at man er arbeidsfør og frisk i henhold til punkt 1.

4. Definisjoner

4.1 Arbeidsledighet/permittering

Med arbeidsledighet menes at forsikredes ansettelsesforhold har opphørt eller at forsikrede har blitt permittert i henhold til lov om lønnsplikt under permittering av 6. mai 1988. Forsikrede må være registrert hos NAV og det må foreligge vedtak om dagpenger. Forsikrede kan ikke utøve sitt vanlige arbeid eller delta i annen virksomhet som gir inntekt.

4.2 Arbeidsuførhet/erhvervsuførhet

Med arbeidsuførhet menes 100 % sykemelding fra arbeidsplass / studiested

4.3 Forsikrede

Forsikrede er korthaver/låntaker som har fått innvilget kreditten og videre bekreftet at man er frisk og arbeidsfør i henhold til de krav som fremkommer under punkt 1 i vilkåret.

4.4 Forsikringsselskapet

DNB Forsikring (heretter selskapet).

4.5 Forsikringstaker

DNB Bank ASA.

4.6 Forsikringstilfelle

Med forsikringstilfelle menes det forhold som utløser rett til forsikringssum.

4.7 Heltidsarbeid

Forsikrede arbeider minst 16 timer pr. uke.

4.8 Hendelsesdato

Den dato forsikringsselskapet legger til grunn for beregning av månedlig ytelse / engangsutbetaling under den enkelte dekning.

4.9 Lege

Lege godkjent av norske myndigheter som praktiserer som lege i Norge, og som forsikrede ikke har noen private eller familiære relasjoner med. Ved akutte skadetilfeller i utlandet godtas også leger i utlandet, men selskapet kan da kreve at legeerklæring er skrevet på norsk eller engelsk.

4.10 Selvstendig næringsdrivende

En selvstendig næringsdrivende er ikke ansatt i et firma som eies av andre, men driver næringsvirksomhet for egen regning og risiko i Norge.

4.11 Studieavbrudd

Medisinsk tilstand bekreftet av lege og som forhindrer forsikrede fra å fortsette sine studier. Forsikrede må være 100 % fraværende fra slik virksomhet som følger av sykdom eller ulykke.

4.12 Utestående balanse

Utestående balanse er saldo på kredittkortet og/eller lånet, med fradrag for eventuelle misligholdte renter og avdrag. Utestående balanse er grunnlaget for beregning av den ytelse som er definert under den enkelte dekning i forsikringsvilkåret og forsikringsbeviset.

5. Hva forsikringen kan omfatte

Det fremgår av forsikringsbeviset hvilke dekninger som er avtalt og gjelder for den enkelte forsikrede.

5.1 Dødsfall

5.1.1 Vilkår for erstatning

Med de begrensninger som følger av de øvrige bestemmelsene i forsikringsvilkåret betaler forsikringsselskapet ytelse som beskrevet i punkt 5.1.3. dersom forsikrede dør i forsikringstiden.

5.1.2 Forsikringstilfellet

Forsikringstilfellet inntreffer når forsikrede dør i forsikringstiden.

5.1.3 Ytelser ved dødsfall

Dersom forsikrede dør i forsikringstiden utbetaler forsikringsselskapet utestående balanse på dødsfalltidspunktet (hendelsesdato). Forsikringsselskapets ansvar er likevel begrenset oppad til det beløp som fremkommer av forsikringsbeviset.

Se forøvrig punkt 11.

5.2 Arbeidsuførhet / Studieavbrudd (for studenter)

5.2.1 Vilkår for erstatning

Med de begrensninger som følger av de øvrige bestemmelsene i forsikringsvilkåret, betaler forsikringsselskapet ytelse som beskrevet i punkt 5.2.3 dersom forsikrede blir 100 % sykemeldt. Retten til forsikringsutbetaling inntreffer etter at forsikrede har vært 100 % sykemeldt i minst 30 dager sammenhengende.

Ved arbeidsuførhet/studieavbrudd som skyldes sykdom har forsikrede kun rett til forsikringsutbetaling under denne forsikringsdekning dersom sykdommen har vist symptomer etter 30 dager fra forsikringens startdato.

Har forsikrede tidligere fremsatt krav på ytelse ved 100 % arbeidsuførhet, må vedkommende deretter ha vært i heltids arbeid/vært heltidsstudent i en sammenhengende periode på 180 dager for å ha krav på ytelser ved arbeidsuførhet av samme årsak.

5.2.2 Forsikringstilfellet

Forsikringstilfellet inntreffer når forsikrede har vært 100 % sykemeldt i minst 30 dager sammenhengende. Dette må bekreftes med sykmeldingsattest fra lege hvor forsikredes diagnose fremgår.

5.2.3 Ytelse ved arbeidsuførhet / studieavbrudd

Forsikringsselskapets ytelse skjer som en månedlig utbetaling i maksimum 12 måneder. Grunnlaget for den månedlige ytelsen er utestående balanse på første sykmeldingsdag som forsikrede er 100 % sykemeldt (hendelsesdato). Det betales ingen ytelser for de første 30 dager av arbeidsuførheten.

Se likevel punkt 11 i forhold til forutsetninger som gjelder ved samordning av ytelser.

Forsikrede mottar en månedlig utbetaling etter de satser som fremkommer i forsikringsbeviset så lenge forsikrede er 100 % arbeidsufør og til det første av følgende forhold inntreffer:

- Forsikrede blir helt eller delvis friskmeldt/ved studieavbrudd vender tilbake til studiene
- Forsikrede har fått utbetalt et beløp som tilsvarer utestående balanse på hendelsesdato
- Forsikrede har fått utbetalt 12 månedlige utbetalinger

Hvis forsikrede fortsatt er 100 % arbeidsufør etter å ha mottatt 12 månedlige utbetalinger, innfris utestående balanse på hendelsesdato. Det gjøres fradrag for tidligere utbetalte ytelser som gjelder samme forsikringstilfelle.

5.3 Arbeidsledighet/permittering (gjelder kun for arbeidstakere, ikke selvstendig næringsdrivende)

5.3.1 Vilkår for erstatning

Med de begrensninger som følger av de øvrige bestemmelsene i forsikringsvilkåret, betaler forsikringsselskapet ytelse som beskrevet i punkt 5.3.3. Erstatning kommer til utbetaling dersom forsikrede blir 100 % arbeidsledig/permittert i forsikringstiden, forutsatt at varsel om at arbeidsforholdet vil opphøre kommer minst 90 dager etter forsikringen trådte i kraft.

Har forsikrede tidligere fremmet krav på ytelse ved arbeidsledighet/permittering, må forsikrede ha vært i heltids arbeid mellom den første og den senere arbeidsledighet/permittering i en sammenhengende periode på minst 180 dager.

Forsikringsselskapet utbetaler ingen ytelse for arbeidsledighet/permittering dersom:

- det forekommer regelmessig eller sesongpreget arbeidsledighet innenfor forsikredes yrke, eller
- arbeidsledigheten skyldes forsømmelse, uærlighet eller bedrageri fra forsikredes side, eller
- arbeidsledigheten skyldes at forsikrede har deltatt i en streik eller lockout eller en ulovlig handling

5.3.2 Forsikringstilfellet

Forsikringstilfellet inntreffer når forsikrede har vært 100 % arbeidsledig/permittert i minst 30 dager sammenhengende, og har fått vedtak fra NAV om dagpenger.

5.3.3 Ytelse ved arbeidsledighet/permittering

Forsikringsselskapets ytelse skjer som en månedlig utbetaling i maksimum 12 måneder. Grunnlaget for den månedlige ytelsen er utestående balanse på den dato NAV i vedtak har innvilget dagpenger fra (hendelsesdato). Det betales ingen ytelse for de første 30 dager av arbeidsledigheten/ permitteringen.

Se likevel punkt 11 i forhold til forutsetninger som gjelder ved samordning av ytelse.

Forsikrede mottar en månedlig utbetaling etter satser som fremkommer i forsikringsbeviset så lenge forsikrede er arbeidsledig/permittert og mottar dagpenger fra NAV til det første av følgende forhold inntreffer:

- Forsikrede mister retten til dagpenger ved arbeidsledighet/ permittering
- Forsikrede vender tilbake til arbeid
- Forsikrede har fått utbetalt et beløp som tilsvarer utestående balanse på hendelsesdato
- Forsikringsselskapet har utbetalt et beløp som tilsvarer 12 månedlige utbetalinger

Hvis forsikrede fortsatt er 100 % arbeidsledig/permittert etter å ha mottatt 12 månedlige utbetalinger, innfris utestående balanse på hendelsesdato. Det gjøres fradrag for tidligere utbetalte ytelse som gjelder samme forsikringstilfelle.

5.4 Kritisk sykdom

5.4.1 Vilkår for erstatning

Med de begrensninger som følger av de øvrige bestemmelser i forsikringsvilkåret utbetaler forsikringsselskapet ytelse som beskrevet i punkt 5.4.3 dersom forsikrede første gang får en kritisk sykdom som er oppført på listen i punkt 5.4.4 i forsikringstiden.

Forsikringsselskapet svarer ikke for kritisk sykdom som har vist symptomer innen 30 dager etter forsikringens startdato.

5.4.2 Forsikringstilfellet

Et forsikringstilfelle inntreffer på det tidspunkt forsikrede har fått en diagnose endelig stilt. Det er diagnosetidspunktet som er avgjørende, og ikke det tidspunktet forsikrede får kjennskap til diagnosen.

5.4.3 Ytelse ved kritisk sykdom

Ved kritisk sykdom utbetaler forsikringsselskapet utestående

balanse som foreligger på det tidspunkt forsikringstilfellet har inntrefft (hendelsesdato).

Forsikringsselskapets ansvar er likevel begrenset oppad til det beløp som fremkommer av forsikringsbeviset.

5.4.4 Hvilke kritiske sykdommer dekkes

Positiv diagnose konstatert av legespesialist vedrørende en av følgende tilstander: kreft, hjerteinfarkt, hjerneslag, koronarsykdom, transplantasjon av stort organ og nyresvikt.

Diagnosene som er dekket defineres slik:

5.4.4.1 Kreft

Det vil si en ondartet nydannelse av vev, forårsaket av vedvarende ukontrollert vekst og spredning av unormale celler som har evnen til innvekst i annet vev. Forsikringen dekker ikke:

- Alle typer hudkreft (unntatt malignt melanom – det vil si ondartet føflekkreft med infiltrerende vekst)
- Ikke-invasiv cancer in situ – det vil si lokalisert kreftvev uten infiltrasjon eller spredning
- Svulster med HIV infeksjon

Krav:

Diagnosen skal være basert på histologiske undersøkelser av fjernet vev, foretatt av spesialist i vevsundersøkelser (patologisk anatomi). Ved leukemi skal diagnosen være stilt av spesialist i hematologi eller onkologi.

5.4.4.2 Hjerterinfarkt

Det vil si død av en del av hjertets muskulatur som følge av utilstrekkelig blodforsyning godtgjort ved:

- En episode med typiske brystmerter, og
- Ferske elektrokardiografiske forandringer, og
- Økning av hjerterytmeenzymene

Krav: Diagnosen skal være stilt av kardiologisk spesiallege.

5.4.4.3 Hjerneslag

Det vil si en cerebrovaskulær hendelse som fører til permanent neurologisk skade. Forsikringen dekker ikke:

- Forbigående ischemisk anfall (TIA) eller anfall av vertebrovasculær ischemi – det vil si foregående neurologiske utfall forårsaket av sviktende blodtilførsel til hjernen, innbefattet sviktende blodtilførsel gjennom virvelarterien eller basisarterien.

Krav: Diagnosen skal være stilt på en nevromedisinsk eller nevrokirurgisk klinikk eller sykehusavdeling eller bekreftet av spesiallege i nevromedisin.

5.4.4.4 Koronarsykdom

Koronarsykdom behandlet med innsetting av by-pass grefter ved åpen hjertekirurgi – det vil si innsnevring eller tilstopping av en eller flere av hjertets kransarterier behandlet med innsetting av erstatningsårer gjennom åpning av brystkassen.

Forsikringen dekker ikke:

- koronarsykdom uten hjerteinfarkt, behandlet med ballong
- angioplastikk eller andre lignende ikke-invasive prosedyrer – det vil si sykdom i hjertets kransarterier, uten at det foreligger hjerteinfarkt, behandlet med blokkering eller andre lignende ikke kirurgiske prosedyrer.

Krav: Diagnosen skal være stilt på en kardiologisk klinikk eller sykehusavdeling eller av spesialist i kardiologi som aksepterer av selskapet.

5.4.4.5 Transplantasjon av et stort organ

Det vil si transplantasjon av hjerte, lever, lunge, bukspyttkjertel eller benmarg.

Krav: Det forutsettes at transplantasjonen er medisinsk nødvendig og at den er basert på en objektiv dokumentasjon av organsvikt. Den forsikrede skal være mottaker av organet.

5.4.4.6 Nyresvikt

Det vil si sluttstadiet i en kronisk irreversibel svikt av begge nyrens funksjon, som fører til at enten regelmessig dialyse eller nyretransplantasjon blir satt i verk.

Krav: Diagnosen skal stilles av spesialist i nyresykdommer.

5.4.5 Spesialister m.fl.

Det er et krav, at de nevnte diagnosene, undersøkelser m.m. i punkt 5.4.4, er foretatt av spesialister og sykehusavdelinger, som er godkjent av det norske helse- og omsorgsdepartementet.

5.5 Sykehusinnleggelse (Gjelder kun for selvstendig næringsdrivende og studenter)

5.5.1 Vilkår for erstatning

Med de begrensninger som følger av de øvrige bestemmelser i forsikringsvilkåret utbetaler forsikringsselskapet ytelse som beskrevet i punkt 5.5.3 ved sykehusinnleggelse når forsikrede legges inn på sykehus som følge av medisinsk nødvendighet i forsikringstiden. Forsikringsdekningen forutsetter at forsikrede blir på sykehuset sammenhengende i minst 7 dager.

Forsikringsselskapet svarer ikke for sykehusinnleggelse som følge av sykdom som har vist symptomer innen 30 dager etter forsikringens startdato. Når disse vilkår er oppfylt vil erstatning bli beregnet fra første innleggelsesdag og frem til utskrivelse fra sykehus. Likevel ikke lengere enn i maksimalt 12 måneder.

Har forsikrede tidligere fremsatt krav på ytelse ved sykehusinnleggelse, må forsikrede ha vært i selvstendig næringsvirksomhet eller studier i en sammenhengende periode på 180 dager for å ha krav på ytelse ved sykehusinnleggelse av samme årsak.

5.5.2 Forsikringstilfellet

Forsikringstilfellet inntreffer når forsikrede har vært innlagt på sykehus sammenhengende i 7 dager som følge av medisinsk nødvendighet.

5.5.3 Ytelse ved sykehusinnleggelse

Forsikrede mottar en månedlig utbetaling etter satser som fremkommer i forsikringsbeviset så lenge forsikrede er innlagt på sykehus, maksimalt til 12 måneder.

Grunnlaget for den månedlige ytelsen er utestående balanse på første innleggelsesdag på sykehuset (hendelsesdato).

Se likevel punkt 11 i forhold til forutsetninger som gjelder ved samordning av ytelse.

6 Utbetaling av ytelse under forsikringen

Erstatning utbetales til forsikredes konto som har tilknyttet betalingsforsikring.

I tillegg til forsikringsytelsene erstattes renter i samsvar med forsikringsavtalelovens §§ 8-4 og 18-4.

7 Betaling av forsikringen

7.1 Betaling

Forsikringspremien fremgår av og inngår i forsikringstakers månedlige lånefaktura og belastes forsikrede månedlig. Forsikrede skal ha 30 dagers varsel om premiekravet ved førstegangsbetaling av premie. Forsikringsselskapet kan endre premien i forsikringstiden med 4 måneders varsel.

7.2 Manglende betaling fra forsikrede

Dersom premien ikke er betalt på forfallsdato skal forsikringstaker i samsvar med egne purreutiner varsle forsikrede om en ny betalingsfrist på 14 dager fra avsendelsen. I varslet skal det klart

fremgå at forsikringen opphører dersom premien ikke er betalt innen den oppgitte fristen.

7.3 Gjenopptak av forsikringen

Betales premien av forsikrede innen 14 dager fra det tidspunkt at forsikringsselskapets ansvar er opphørt, anses betalingen som en anmodning om ny forsikring. Forsikringen settes da i kraft igjen uten at forsikrede trenger å bekrefte på nytt at man er arbeidsfør og frisk i henhold til punkt 1 i dette forsikringsvilkår. Forsikringsselskapet ansvar løper ved et slikt tilfelle fra dagen etter at premien er betalt, jf. § 14-2 i forsikringsavtaleloven.

For dødsfallsdekningen gjelder tilsvarende, men da med en endelig betalingsfrist innen 6 måneder fra det tidspunkt at forsikringsselskapets ansvar har opphørt, jf. § 14-3 i forsikringsavtaleloven.

8. Opplysningsplikt

Forsikringstaker og forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. De skal også av eget tiltak gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for forsikringsselskapets vurdering av risikoen, jf. Forsikringsavtalelovens § 13-1.

8.1 Følgene av forsømt opplysningsplikt ved etablering av forsikringsavtale

Blir forsikringsselskapet i forsikringstiden kjent med at opplysningsplikten er forsømt, og det ikke bare er lite å legge til last, kan forsikringsselskapet si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Har forsikringstakeren eller forsikrede opptrådt svikaktig, kan selskapet si opp denne og andre forsikringsavtaler det har med forsikringstakeren eller forsikrede med øyeblikkelig virkning, jf. forsikringsavtalelovens § 13-3, 1. ledd.

9 Begrensninger i forsikringsselskapets ansvar

9.1 Forsikringen dekker ikke:

9.1.1 Ytelse som direkte eller indirekte skyldes:

- krig, kamphandling fra fremmed makt, fiendtlighet (enten det erklæres krig eller ikke), terrorisme eller terrorhandling, opprør eller forstyrrelser av den offentlige orden, eller
- ioniserende stråling eller radioaktiv forurensning fra atomavfall som fremstilles ved forbrenning av kjernebrensel
- radioaktive, giftige, eksplosive eller andre farlige egenskaper til atominnetninger eller – komponenter
- skaden er et resultat av kriminelle eller ulovlige handlinger forsikrede har begått
- enhver sykdom forårsaket av alkohol eller narkotikamisbruk begrenset av §§ 13-8 og 13-9 i forsikringsavtaleloven. For kritisk sykdom, arbeidsuførhet og sykehusinnleggelse dekkes imidlertid forsikredes sykdom som følge av medisininntak dersom inntaket skjer under kvalifisert medisinsk veiledning fra lege for andre lidelser/tilstander enn alkohol-, narkotika – eller medikamentavhengighet/-misbruk.

9.2 Selvmord

For dødsfallsdekningen svarer selskapet dersom den forsikrede har tatt eller forsøkt å ta sitt eget liv dersom det er gått mer enn et år etter at forsikringsselskapets ansvar begynte å løpe, eller dersom det må antas at forsikringen ble tegnet uten tanke på selvmord, jf. § 13-8, 2. ledd i forsikringsavtaleloven.

9.3 Svik

Forsikringsselskapet er uten ansvar dersom forsikrede svikaktig har forsømt sin opplysningsplikt. Dersom forsikrede ellers har forsømt sin opplysningsplikt, og det bare er lite å legge forsikrede til last, kan forsikringsselskapets ansvar settes ned eller falle helt bort, jf. § 13-2 i forsikringsavtaleloven.

9.4 Uaktsomhet

For øvrig er utbetalingen for samtlige forsikringsdekninger begrenset av reglene i §§ 13-8 og 13-9 om forsettlig og uaktsom

fremkalling av forsikringstilfelle i forsikringsavtaleloven. se også § 4-9 i samme lov.

10 Generelle bestemmelser

10.1 Endring i vilkår

Forsikringsselskapet kan endre forsikringsvilkårene med 4 måneders varsel.

10.2 Følger av forsømt opplysningsplikt ved erstatningsoppgjør

Den som ved skadeoppgjøret gir uriktige eller ufullstendige opplysninger som han eller hun vet eller må forstå kan føre til at det blir utbetalt erstatning han eller hun ikke har krav på, mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne og andre forsikringsavtaler i anledning samme hendelse. Dersom forholdet bare er lite klanderverdig, bare angår en liten del av kravet eller dersom det ellers foreligger særlige grunner, kan han eller hun likevel få delvis erstatning, jf. § 18-1 i forsikringsavtaleloven.

10.3 Melding om krav i henhold til forsikringsavtalen

10.3.1 Fremgangsmåte ved skademelding

Etter et inntruffet forsikringstilfelle skal krav under forsikringsdekningen uten ugrunnet opphold og på særskilt skademeldings-skjema meldes forsikringsselskapet.

Forsikrede må fremlegge dokumentasjon hver måned som viser at forsikrede er arbeidsufør, arbeidsledig eller innlagt på sykehus for utbetaling kan skje.

Dersom det er nødvendig med ytterligere dokumentasjon for å fastslå om forsikrede har et krav i henhold til forsikringsdekningen kan forsikringsselskapet etter fullmakt fra forsikrede innhente ytterligere dokumentasjon for å vurdere om kravet er dekningsberettiget. Forsikrede kan i den forbindelse bli bedt om å underlegge seg undersøkelse av en annen lege eller medisinsk sakkyndig som forsikringsselskapet dekker kostnadene med.

Helseopplysninger må være oversatt på engelsk ved bruk av leger eller helseinstitusjon som ikke er norske.

10.3.2 Endelig frist for å melde krav under forsikringen

For arbeidsuførhet, studieavbrudd, kritisk sykdom og sykehusinnleggelse skal skade/krav meldes til forsikringsselskapet innen ett år etter at forsikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Ellers kan retten til erstatning falle bort, jf. § 18-5, 1. ledd i forsikringsavtaleloven.

Tilsvarende meldefrist gjelder for dekningen arbeidsledighet/permittering, jf. § 8-5, 1 ledd i forsikringsavtaleloven.

Avslår forsikringsselskapet et krav om erstatning helt eller delvis, mister forsikrede retten til erstatning dersom ikke sak er anlagt eller nemndbehandling krevet etter § 20-1 i forsikringsavtaleloven innen seks måneder etter at han eller hun fikk skriftlig melding om avslaget.

10.4 Skatt

Månedlige ytelser som følge av arbeidsuførhet, arbeidsledighet, studieavbrudd og sykehusinnleggelse er skattepliktig etter § 5-10 i skatteloven. Ytelsene vil bli utbetalt uten skattetrekk, men innberettes til skattemyndighetene og blir tatt med i skatteoppgjøret for det skatteåret det gjelder.

10.5 Foreldelse

Fristen for å fremsette erstatningskrav begynner å løpe ved utløpet av det kalenderår da forsikrede/etterlatte fikk eller burde skaffet seg nødvendig kunnskap om kravet.

For arbeidsuførhet, studieavbrudd, kritisk sykdom og sykehusinnleggelse foreldes krav på erstatning etter 3 år, likevel senest 10 år etter utløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff, jf. § 18-6 i forsikringsavtaleloven.

For arbeidsledighet/permittering gjelder tilsvarende § 8-6 i forsikringsavtaleloven.

Dersom forsikringsselskapet har sendt melding om avslag som

nevnt under punkt 10.3.2, siste avsnitt, inntrer likevel foreldelse tidligst ved utløpet av den fastsatte fristen.

For dødsfall foreldes krav på erstatning etter 10 år, likevel senest 20 år etter utløpet av det kalenderår da forsikringstilfellet inntraff, jf. § 18-6 i forsikringsavtaleloven.

10.6 Innsamling og behandling av personopplysninger

Innsamling av personopplysninger skjer i forbindelse med inngåelse av forsikringsavtaler og eventuelt skadeoppgjør, slik at vi kan beregne riktig pris og gi korrekt oppgjør ved skader. Selskapet er ansvarlig for at innsamling og behandling av den registrerte informasjon gjøres i samsvar med regelverket om taushetsplikt og personvern. Vare samarbeidspartnere har tilsvarende taushetsplikt og strenge retningslinjer for behandling av personopplysninger. Du kan også kreve innsyn og eventuell retting av de registrerte opplysninger.

10.7 Et sentralt skaderegister(FOSS)

Alle skader som meldes et forsikringsselskap registreres i Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister (FOSS). Når et forsikringsselskap melder en skade til registeret, får selskapet automatisk oversikt over alle skader som tidligere er meldt på samme kunde, inkludert skader i andre forsikringsselskap. Informasjonen er ikke tilgjengelig for andre enn forsikringsselskapene og kan kun hentes ut i forbindelse med registrering av skade. Registrerte skader slettes etter 10 år. Som registrert har du rett til innsyn i registret. Ønsker du innsyn, må du sende skriftlig melding om dette til ditt forsikringsselskap.

11 Forholdet mellom de ulike forsikringsdekningene

Følgende forutsetninger gjelder ved samordning av ytelser:

- Dersom forsikrede mottar ytelser fra forsikringsselskapet og det inntreffer forhold som ville gitt krav på erstatning under et annet alternativ, skal forsikringsselskapet straks varsles skriftlig. Forsikrede har ikke krav på ytelser under flere alternativer samtidig. Så snart vilkårene for å motta ytelser under ett alternativ ikke lenger foreligger, vil videre utbetalinger under dette alternativ opphøre. Forsikrede vil i stedet motta ytelse under det annet alternativ dersom vilkårene for dette foreligger
- Har forsikrede mottatt ytelser for arbeidsuførhet eller studieavbrudd vil forsikringsselskapet ved vurderingen av forsikredes krav på ytelser for arbeidsledighet/permittering eller sykehusinnleggelse, se bort fra at forsikrede på grunn av arbeidsuførhet ikke var i heltids arbeid, selvstendig næringsvirksomhet eller student umiddelbart forut for kravperioden. Denne perioden vil bli medregnet ved vurderingen av om kravet etter punkt 5.3.1 og 5.5.1 er oppfylt.
- Dersom forsikrede mottar ytelser for arbeidsledighet/permittering eller ved sykehusinnleggelse når krav fremmes for arbeidsuførhet eller studieavbrudd, vil forsikringsselskapet se bort fra forutsetningen i punkt 5.2.1 om at forsikrede skal være i heltids arbeid, selvstendig næringsvirksomhet eller student.
- Dersom forsikrede går over fra ytelser under ett alternativ til et annet, skal de samlede ytelser ikke overstige det laveste ansvarsbeløp for ett av alternativene.

12 Opphør og oppsigelse

12.1 Opphør

Forsikringen opphører:

- Senest den dag forsikrede fyller 65 år
- På dato for mislighold av kreditt
- På dato for forsikredes død

12.2 Oppsigelse fra forsikrede

Forsikrede kan si opp forsikringen med en frist på minimum en måned. Oppsigelsesperioden begynner fra neste premieforfall og 30 dager frem i tid. Forsikrede vil være dekket til dette tidspunktet. Oppsigelsen sendes skriftlig til forsikringstaker.

13 Regress

Forsikringselskapet kan kreve regress mot ansvarlig skadevolder eller tredjeperson for utbetalt erstatning, § 3-7, 3. ledd i skadeserstatningsloven.

14 Klageadgang

14.1 Intern klageadgang

Dersom forsikrede eller etterlatte etter forsikrede er uenig eller på annen måte misfornøyd med selskapets avgjørelse eller saksbehandling vil forsikrede kunne be om ny vurdering av det påklagde forhold eller saken i sin helhet av Selskapets interne klageordning. Saken vil da gjennomgå en ny vurdering.

Klagen adresseres til saksbehandler som videresender klagen til selskapets interne nemnd.

Klager skal uten ugrunnet opphold ha skriftlig beskjed når klagen er forelagt nemnda, og nemnda skal i den skriftlige tilbakemelding angi når klager kan forvente å få svar på sin klage. Fremleggelse av sak for den interne klagenemnd er kostnadsfri for klager.

14.2 Ekstern klageadgang

Dersom klager ikke er fornøyd med det resultat den interne klagenemnd har fattet, eller at ekstern klageordning vil benyttes direkte, vil klager ha adgang til å bringe saken inn for Finansklagenemnda.

Nemndas avgjørelse er ikke endelig, og tvisten kan bringes inn for domstolene. Nærmere opplysninger om dette fas ved henvendelse til selskapet eller:

Finansklagenemnda,
Postboks 53 Skøyen,
0212 Oslo,
Telefon 23 13 19 60.
E-post: firmapost@finkn.no

Finansklagenemnda er opprettet av Forbrukerrådet, Næringslivets Hovedorganisasjon, Finansnæringsens

Fellesorganisasjon, Finansieringsselskapenes Forening og Verdi-papirfondenes Forening for å imøtekomme det behov for hjelp en forsikringstaker/forsikret kan ha i forbindelse med et forsikringsoppgjør. Forsikringer knyttet til næringsvirksomhet kan også bringes inn for Forsikringskadenemnda.

Det koster ikke noe å søke råd eller sende klage til Finansklagenemnda.

14.3 Vernetting ved tvister

Tvister etter forsikringsavtalen avgjøres ved norsk domstol.