



FUAB Olycksfall Special (pbb) villkor för
Diabetesförbundet
FOS (pbb) 23:01
Gäller from 2023-04-01

Vitea
Life

Försäkringens syfte

Försäkringen innehåller flera olika försäkringsmoment, och ger den försäkrade ett ekonomiskt skydd vid olycksfall och tillgång till privatvård. Samtliga försäkringar är rena riskförsäkringar, som saknar värde om de upphör innan ett försäkringsfall inträffat.

Försäkringsgivare

Försäkringsgivare är det norska försäkringsföretaget Knif Trygghet Forsikring A/S. Försäkringsgivaren företräds enligt fullmakt i Sverige av sitt svenska dotterföretag Vitea Life AB, org. nr. 559321-3126, som även på eget ansvar förmedlar försäkringar för försäkringsgivarens räkning.

Viteas verksamheten står under tillsyn av Finansinspektionen och lyder under svensk lag, och försäkringsgivarens verksamhet står under tillsyn av norska finanstillsynet.

Detta försäkringsvillkor

Detta försäkringsvillkor gäller from 2023-04-01. Utöver detta försäkringsvillkor så regleras försäkringarna dessutom av det gruppavtal som har tecknats för varje grupp, och det försäkringsbesked som utfärdas för försäkringen. Vidare gäller försäkringsrörelselagen, försäkringsavtalslagen och svensk lag i övrigt. En bestämmelse som avtalats särskilt i ett gruppavtal/gruppförsäkringsplan gäller framför dessa villkor.

Försäkringsvillkoret beskriver försäkringsprodukten som kan ingå i försäkringen, och försäkringsvillkoren tillhandahålls på svenska och all kommunikation sker på svenska.

Skatteregler

Samtliga försäkringar i dessa försäkringsvillkor, förutom Sjukavbrottsförsäkringen är kapitalförsäkringar (K) enligt inkomstskattelagen dvs. utfallande belopp är fria från inkomstskatt och premien är inte avdragsgill.

Innehåll

A.	ALLMÄNNA FÖRSÄKRINGSREGLER.....	6
A.1	Gruppavtal.....	6
A.2	Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring	6
A.3	Gruppförsäkringsplan och Maximalt försäkringsbelopp	6
A.4	Gruppförsäkringsvillkor, försäkringsansökan och försäkringsbesked.....	6
A.5	Ändring av gruppförsäkringsavtal.....	7
A.6	Rätt att ansöka om försäkring	7
A.7	Tecknings- och hälsoprövningsregler	7
A.7	Anslutningsformer	8
A.8	När försäkringen börjar gälla (Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring).....	8
A.9	Försäkring tecknad genom försäkringsförmedlare	8
A.10	Ångerrätt.....	8
A.11	Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen.....	9
A.12	Premie, premiebetalning, uppsägning p.g.a. obetald premie och premiefrielse	9
A.13	Tjänstledighet och föräldraledighet	9
A.14	Återupplivning.....	9
A.15	Återbetalning av premie	10
A.16	När försäkringen upphör	10
A.17	Fortsättningsförsäkring	10
A.18	Rätt att ansöka om Seniorförsäkring.....	11
A.19	Efterskydd	11
A.20	Överlåtelse och Pantsättning.....	11
B.	BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS ANSVAR.....	12
B.1	Upplyningsplikt	12
B.2	Oriktiga uppgifter	12
B.3	Framkallande av försäkringsfall.....	12
B.4	Själv mord	12
B.5	Vid brottslig handling och påverkan av alkohol och missbruk.....	12
B.6	Undantag för sjukdom/symptom som visat sig innan försäkringen började gälla	13
B.7	Försäkring beviljad endast med kravet om ”Fullt arbetsför”	13
C.	BEGRÄNSNINGAR I FÖRSÄKRINGARNAS GILTIGHET	13
C.1	Vid utlandsvistelse som inte berörs av begränsningar vid krigstillstånd eller politiska oroligheter.....	13
C.2	Om den försäkrade flyttar utomlands	13
C.3	Vid krigstillstånd, politiska oroligheter, terrorism och massförstörelsevapen	14
C.4	Vid flygning	14
C.5	Undantag avseende sport och idrott.....	14
C.6	Epidemi, pandemi.....	14
C.7	Force Majeure	14
C.8	Patientskador.....	14

D.	REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL.....	15
D1.	Åtgärd vid ersättningsanspråk.....	15
D2.	Värdesäkring.....	15
D3.	Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser.....	15
D4.	Preskription.....	16
D5.	Registrering av skadeanmälan.....	16
E.	Olycksfall Special – Olycksfall & Sjukvård till följd av olycksfallsskada.....	17
E.1	Allmänt.....	17
E.2	Läkekostnader (Olycksfall).....	17
E.3	Resekostnader (Olycksfall).....	17
E.4	Tandskadekostnader (Olycksfall).....	18
E.5	Merkostnader (Olycksfall).....	18
E.6	Rehabilitering och hjälpmedel (Olycksfall).....	18
E.7	Invaliditet (Olycksfall).....	19
E.8	Medicinsk invaliditet (Olycksfall).....	19
E.9	Ekonomisk invaliditet.....	19
E.10	Bestående ärr (Olycksfall).....	20
E.11	Ersättning vid dödsfall (Olycksfall).....	21
E.12	Krishjälp (Olycksfall).....	21
E.13	Sjukvård till följd av olycksfall med remisskrav.....	21
E.14	Ersättningsöversikt - Sjukvårdsförsäkring med remisskrav.....	22
E.15	Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav.....	22
E.16	Vårdgaranti – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav.....	22
E.17	Ansvarstid och försäkringstid – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav.....	23
E.18	Kostnader som ersätts på annat sätt.....	23
E.19	Åtgärder vid skada.....	23
E.20	Begränsningar i rätten till ersättning – Sjukvårdsförsäkring.....	23
F.	BARN OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING, SJUK- & OLYCKSFALL.....	24
F.1	Allmänt.....	24
F.2	Vad är ett olycksfall och/eller sjukdom.....	24
F.3	Utbetalning av ersättning.....	25
F.4	Ingående ersättningsmoment.....	25
F.5	Allmänt om ersättning för kostnader.....	26
F.6	Läkekostnader.....	26
F.7	Resekostnader.....	26
F.8	Tandskadekostnader.....	26
F.9	Merkostnader.....	27
F.10	Rehabilitering och hjälpmedel.....	27
F.11	Krishjälp.....	28
F.12	Ersättning vid sjukhusvistelse och vård i hemmet.....	28

F.13 Invaliditet	28
F.14 Medicinsk invaliditet.....	29
F.15 Ekonomisk invaliditet	29
F.16 Slutreglering och utbetalning	30
F.17 Möjlighet till omprövning.....	30
F.18 Ersättning vid dödsfall.....	31
F.19 Bestående ärr efter sjukdom/olycksfallsskada	31
F.20 Stöd vid omvårdnadsbidrag	31
F.21 Allmänna Begränsningar.....	31
F. 22 Begränsningar och undantag.....	32
F. 23 Rätt att teckna vuxenförsäkring vid uppnådd slutålder	32
G. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING - BARN	33
G.1 Allmänt	33
G.2 Omfattning.....	33
G.3 Ersättningsöversikt	34
G.4 Service och vårdgaranti	36
G.5 Vaccinationservice.....	36
G.6 Second Opinion	36
G.7 Begränsningar i rätten till ersättning	36
G.8 Ansvarstid och försäkringstid	38
G.9 Kostnader som ersätts från annat håll.....	38
G.10 Åtgärder vid skada	38
H. OM VI INTE KOMMER ÖVERENS	38
I. BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER.....	39
J. DEFINITIONER/ORDLISTA.....	39

A. ALLMÄNNA FÖRSÄKRINGSREGLER

A.1 Gruppavtal

Till grund för gruppförsäkringen finns ett avtal – gruppavtal. Avtal om gruppförsäkring tecknas mellan företrädare för de försäkringsberättigade och försäkringsgivaren.

Ett giltigt gruppavtal är en förutsättning för ett enskilt avtal om gruppförsäkring. Gruppavtalet innehåller bland annat bestämmelser om:

- gruppförsäkringens omfattning och innehåll
- vilka som tillhör den försäkringsberättigade gruppen
- teckningsregler
- när försäkringarna tidigast kan börja gälla
- hur och av vem gruppförsäkringen ska administreras
- gruppavtalets giltighetstid
- automatisk förlängning
- uppsägningsrätt och uppsägningstid

Om gruppavtalet sägs upp innebär det att samtliga försäkringar upphör att gälla. Gruppavtalet kan sägas upp av företrädare för gruppen eller av försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren har skyldighet att, även vid gruppföreträdarens uppsägning, underrätta de försäkrade.

A.2 Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring

En förutsättning för att kunna anslutas till försäkringen är att den som ska försäkras vid tidpunkten för tecknandet av försäkringen är bosatt och folkbokförd i Sverige samt inskriven i svensk försäkringskassa. För Sjukvårdsförsäkringen gäller nordisk försäkringskassa.

Frivillig gruppförsäkring är ett försäkringsavtal mellan försäkringsgivaren och den försäkrade, och som den försäkrade frivilligt ansöker om, eller låter bli att avstå erbjuden försäkring inom en viss tid.

Obligatorisk gruppförsäkring är ett försäkringsavtal mellan försäkringsgivaren och företrädare för gruppen/försäkringstagaren, som den försäkrade är direkt ansluten till genom gruppavtalet.

A.3 Gruppförsäkringsplan och Maximalt försäkringsbelopp

Förutom gruppavtal finns även en gruppförsäkringsplan som bland annat avgränsar vilka försäkringar och vilka belopp som kan tecknas, samt visar vilka regler för åldersreducering, inträdesåldrar och slutåldrar som tillämpas.

Maximalt försäkringsbelopp för kombination Olycksfall- och/eller Sjuk- & Olycksfallsförsäkring är 30 prisbasbelopp samtidigt med den kombinerade produkten Olycksfall Special.

A.4 Gruppförsäkringsvillkor, försäkringsansökan och försäkringsbesked

Gruppförsäkringsvillkoren beskriver samtliga försäkringsprodukter som kan ingå i ett gruppavtal, ikraftträdande, förlängning, uppsägning och premiebetalning.

Försäkringsansökan ger besked om vilka försäkringar som kan tecknas, vem som kan teckna försäkringarna samt uppgift om premiekostnad. På vissa gruppavtal kan gruppmedlem medförsäkrad sin maka/make/sambo och/eller barn.

Försäkringsbeskedet ger besked om vilka försäkringar och försäkringsbelopp den försäkrade valt att teckna. Utifrån försäkringsbeskedet kan den försäkrade utläsa vilka försäkringsprodukter som är tillämpliga i detta villkor och därmed vilka regler som är tillämpliga.

Premier och villkor kan ändras vid huvudförfallodagen för gruppavtalet. Ett ingånget gruppavtal löper normalt sett på ett år om inget annat avtalats, där samtliga försäkrade har en gemensam förfallodag (huvudförfallodag).

En ändring av villkor och premier för försäkringen genomförs från närmast följande huvudförfallodag. Meddelande om ändring sker i samband med utskicket av nya försäkringshandlingar och ny premiefaktura.

Försäkringen grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren och/eller den försäkrade har lämnat till försäkringsgivaren. Alla utskick avseende försäkringsinnehav sker till folkbokföringsadressen, såvida det inte överenskommits om annat.

Den försäkrade ska till försäkringsgivaren omgående påtala eventuella fel och brister som framgår av försäkringsbeskedet eller motsvarande handling.

A.5 Ändring av gruppförsäkringsavtal

Ett ingånget försäkringsavtal kan ändras under försäkringstiden och i förtid upphöra i fall som anges i Försäkringsavtalslagen (FAL).

Om förutsättningarna för avtalet förändras genom ändrad lagstiftning, annan författning, ändrad tillämpning av lag och/eller genom myndighetsbeslut, har försäkringsgivaren rätt att ändra villkoren för försäkringsavtalet under försäkringstiden. Detta gäller också om gruppföreträdaren eller försäkrad grovt åsidosätter sina förpliktelser.

En sådan ändring börjar gälla när försäkringsgivaren sänt skriftligt besked om de nya villkoren eller av den tidpunkt som följer av lag.

Försäkringsgivaren har rätt att i motsvarande omfattning ändra ersättning från dessa försäkringsvillkor om rätt till annan ersättning i väsentlig omfattning ändras genom lag eller myndighetsbeslut.

A.6 Rätt att ansöka om försäkring

Följande personer har rätt att ansöka om inträde, utökning eller höjning av försäkringar, under förutsättning att:

- har fyllt 16
- är bosatt och folkbokförd i Sverige och inskriven i svensk försäkringskassa
- uppfyller kraven för gruppmedlemskap eller som medförsäkrad till gruppmedlem
- du är införstådd med att försäkringen gäller med symtomklausul enligt nedan för befintliga åkommor*

*Försäkringen gäller inte för försäkringsfall som beror på sjukdom, besvär skada eller handikapp som visat symtom eller förelegat innan försäkringen trädde i kraft, även om diagnos eller orsak först kan fastställas efter att försäkringen trätt i kraft.

Förutsättning för att medförsäkrad/medförsäkrade barn får teckna försäkring är att gruppmedlem har beviljats och har en gällande försäkring.

A.7 Tecknings- och hälsoprövningsregler

Tecknings- och hälsoprövningsreglerna kan variera mellan olika gruppavtal men framgår på försäkringsansökan och gruppavtalet. För att en försäkrad ska kunna omfattas av gruppförsäkring krävs att den försäkrade uppfyller A.6 vid tidpunkten för ansökan. För vissa försäkringar ställs ett högre krav, och det innebär att den försäkrade ska fylla i och besvara en hälsodeklaration. Detta gäller också för rätt till höjning av valt försäkringsbelopp eller annan utökning av försäkringsskyddet.

Efter en hälsoprövning/riskbedömning kan försäkringen beviljas med normala premier och villkor, beviljas med undantag/klausul och/eller premieförhöjning eller avslås. Ansvar för en försäkring som beviljas med klausul och/eller premieförhöjning börjar gälla först sedan du som försäkrad erbjudits försäkringen och där du som försäkrad accepterat erbjudandet.

För gruppförsäkring som tecknas av företaget (försäkringstagaren) för sina anställda (de försäkrade) har försäkringstagaren inte rätt att ta del av den försäkrades hälsostatus eller försäkringsmedicinsk bedömning rörande denne. Av samma orsak kan försäkringsgivaren neka att motivera och förklara eventuella inskränkningar och premieförhöjningar för försäkringstagaren.

Vid normalbeviljad försäkring kan undantag finnas för åkommor som fanns före försäkringens tecknande.

A.7 Anslutningsformer

Anslutning till gruppförsäkringen kan ske på olika sätt, se nedan. För försäkringsprodukterna Olycksfallsförsäkring och Sjukvårdsförsäkring sker anslutningen i samtliga tre anslutningsformer mot intygande av full arbetsförhet.

Obligatorisk anslutning: För grupper med minst 15 anslutna individer krävs endast att man är fullt arbetsför (se definition), upp till de nivåer av försäkringsbelopp som överenskommits i gruppavtalet. Önskas högre försäkringsbelopp krävs en fullständig hälsodeklaration. För grupper med 5–14 anslutna individer krävs förenklad hälsodeklaration. Obligatorisk försäkring kan ej tecknas av medförsäkrad. Sjukavbrott ingår inte i obligatorisk anslutning.

Automatisk anslutning: Vid automatisk anslutning erbjuds försäkringar utan kostnad de första tre månaderna, så kallad Förskyddstid. Om kunden inte tackar nej till försäkringen under gratisperioden övergår den till en betald försäkring. För grupper med minst 15 anslutna individer krävs endast att man är fullt arbetsför (se definition), upp till de nivåer av försäkringsbelopp som överenskommits i gruppavtalet. Önskas högre försäkringsbelopp krävs en fullständig hälsodeklaration. För grupper med 5–14 individer räcker förenklad hälsodeklaration. För högre försäkringsbelopp krävs en fullständig hälsodeklaration. Automatisk anslutning kan ej tecknas av medförsäkrad.

Frivillig anslutning mot hälsodeklaration: Den försäkrade kan lägga till frivilliga försäkringar och högre ersättningsbelopp – för hälsoprövningsregler se ansökan. Medförsäkrad tecknar alltid försäkring mot fullständig hälsodeklaration.

A.8 När försäkringen börjar gälla (Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring)

Försäkringen börjar gälla dagen efter den dag då fullständig skriftlig ansökan/hälsodeklaration skickats in till förmedlaren, försäkringsgivaren eller gruppföreträdare. Detta gäller dock bara under förutsättning att försäkringen kan beviljas till normala villkor och premier, enligt de riskbedömningsregler som försäkringsgivaren då tillämpar.

Vid tvist om från vilket datum en försäkring trätt i kraft gäller ankomstdatum hos försäkringsförmedlaren/försäkringsgivaren/gruppföreträdaren, om inte försäkringstagaren kan styrka ett annat datum för avsändande. Om det framgår av ansökan att försäkringen ska börja gälla först från en senare tidpunkt gäller denna senare tidpunkt.

För utökning och höjning av försäkringsskydd gäller samma bestämmelser som vid ny ansökan om försäkring. Ska enligt tillämpade regler försäkring helt eller delvis återförsäkras, träder försäkringen i denna del inte i kraft förrän återförsäkring beviljats.

A.9 Försäkring tecknad genom försäkringsförmedlare

Är försäkringen tecknad genom försäkringsförmedlare gäller följande:

- Återkallas försäkringsförmedlarens fullmakt helt eller delvis ska försäkringstagaren omgående meddela bolaget.
- Försäkringsförmedlaren har skyldighet att vidarebefordra sådan information om försäkringsavtalet som bolaget är skyldig att lämna till en försäkringstagare/ gruppföreträdare.

A.10 Ångerrätt

Den försäkrade har 14 dagars ångerrätt, efter att ha erhållit försäkringshandlingarna, för ett frivilligt avtal som ingåtts på distans - enligt Distansavtalslagen. För livförsäkringar gäller 30

dagars ångerrätt. För att utnyttja ångerrätten ska ett skriftligt meddelande skickas till försäkringsgivaren inom ångerfristen. Försäkringen sägs då upp från begynnelse dagen. Har premie inbetalats, återbetalas premien och bolaget har inget ansvar.

A.11 Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen

Den försäkrade får när som helst säga upp ett frivilligt försäkringsavtal så att den upphör omedelbart eller vid viss angiven framtida tidpunkt. Uppsägningen ska ske skriftligen. Försäkringsgivaren har alltid rätt till premiebetalning för den tid som försäkringen varit gällande.

A.12 Premie, premiebetalning, uppsägning p.g.a. obetald premie och premiefrielse

Priset för försäkringarna, premien, beräknas och fastställs för ett år i taget. Premiens storlek bestäms bland annat med hänsyn till gruppens sammansättning, åldersfördelning på de försäkrade och skadeutveckling inom gruppen. Varje grupp har en gemensam huvudförfallodag för samtliga försäkringar eller en egen huvudförfallodag för varje försäkring. För grupper med gemensam huvudförfallodag blir den första försäkringsperioden för den försäkrade från begynnelse dagen fram till huvudförfallodagen, och därefter blir försäkringsperioden ett år.

Första premien:

Den första premiebetalningen för nytecknad försäkring ska erläggas inom 14 dagar från det att premiefakturan sändes från försäkringsgivaren eller den som för försäkringsgivarens räkning avsänt avisering om premiebetalning.

Förnyelsepremie:

Förnyelsepremien betalas i förskott och skall vara erlagd senast på försäkrings- och premieperiodens första dag, men inte förrän tidigast en månad från den dag då premiefaktura avsänts.

Uppsägning p.g.a. obetald premie:

Betalas inte premien i tid, får försäkringsgivaren säga upp försäkringen för upphörande, om inte dröjsmålet är av ringa betydelse. Uppsägning får verkan 14 dagar efter den dag då den avsändes, om inte premien betalas inom denna tidsfrist.

Vid särskilda hinder mot att betala premien för förnyad försäkring kan betalningsfristen förlängas i högst 3 månader om försäkringstagaren inte kunnat betala premien p.g.a. frihetsberövande, svår sjukdom, utebliven pension eller lön.

Premiefrielse:

Premiefrielse ingår ej.

A.13 Tjänstledighet och föräldraledighet

För tjänstledighet och föräldraledighet kan försäkringstagaren fortsätta med inbetalning av premie för den företagsbetalda försäkringen. Om försäkringstagaren under tjänstledigheten/föräldraledigheten upphör att betala premien har den anställde rätt att efter tjänstledighetens/föräldraledighetens slut återinträda i försäkringsavtalet med samma försäkringsskydd som gällde före tjänstledigheten/föräldraledigheten.

För återinträde krävs att tjänstledigheten/föräldraledigheten inte varat längre tid än 18 månader samt att den anställde är fullt arbetsför vid återinträdet. Om anmälan om återinträde görs senare än tre månader efter det att den anställde är tillbaka i tjänst hos arbetsgivaren, krävs ny hälsoprövning.

Om tjänstledigheten/föräldraledigheten varat längre tid än 18 månader måste den anställde ansöka om ny försäkring. Ny hälsoprövning kommer då att krävas.

A.14 Återupplivning

Har försäkringen upphört att gälla kan försäkringen återupplivas till sin tidigare omfattning genom att premie betalas inom 3 månader från den dag försäkringen upphörde att gälla p.g.a. obetald premie. Försäkringen blir då åter gällande dagen efter den dag då premien betalades. Premiebetalningen ska avse hela den premieperiod för vilken premien varit obetald. Nytecknad eller av försäkringstagaren uppsagd försäkring återupplivas inte. Återupplivning kan inte göras bara på medförsäkrads försäkring.

Om försäkringen återupplivas, gäller försäkringen inte för försäkringsfall som inträffat under den tid då försäkringen inte var i kraft, inte heller för försäkringsfall som inträffat efter det att försäkringen återupplivats, om försäkringsfallet har sitt ursprung från en händelse som inträffade då försäkringen inte var i kraft. Försäkringsgivarens ansvar inträder först från och med dagen efter den dag då premiebeloppet betalats.

Rätten till återupplivning kan begränsas om det är nödvändigt p.g.a. försäkringens utformning eller andra omständigheter.

A.15 Återbetalning av premie

Upphör försäkringen i förtid efter det att premie betalats i förskott, återbetalas den del som avser tiden efter att försäkringen upphört. Premier som sammanlagt understiger 100 kronor återbetalas inte. Är försäkringsavtalet ogiltigt p.g.a. att den försäkrade lämnat oriktiga uppgifter, se punkt B.1, återbetalas inte premie för förfluten tid.

A.16 När försäkringen upphör

Försäkringen gäller längst till dess att försäkrad gruppmedlem/medförsäkrad uppnår den slutålder som anges i produktvillkoret. Försäkringen upphör dessförinnan att gälla om:

- gruppavtalet upphör gälla
- försäkrad gruppmedlem går ur försäkringen eller inte längre har möjlighet att tillhöra den försäkringsberättigade grupp av personer som kan försäkras
- uppsägning från försäkringsgivaren
- premie inte betalas i rätt tid, se ”Premie och Premiebetalning”

Medförsäkrads försäkring:

Upphör gruppmedlemmens försäkring upphör också medförsäkrads och försäkrat barns försäkring att gälla. Medförsäkrads försäkring upphör dessutom att gälla vid utgången av den månad som:

- medförsäkrad uppnår den för försäkringen angivna slutålder
- gruppmedlemmen avlider
- äktenskapet, det registrerade partnerskapet eller samboförhållandet med den försäkrade upplöses

A.17 Fortsättningsförsäkring

En försäkrad som har omfattats av försäkring under minst 6 månader har rätt att få ett likvärdigt skydd utan ny hälsoprövning, om gruppavtalet upphör eller om den försäkrade lämnar kretsen av försäkringsberättigade innan slutåldern uppnåtts. Fortsättningsförsäkring erbjuds ej för Sjukavbrottsförsäkringen.

Medförsäkrad har dessutom rätt att teckna fortsättningsförsäkring om:

- gruppmedlem avlider
- äktenskap, registrerat partnerskap eller samboförhållande med gruppmedlem upphör eller
- om försäkrad gruppmedlem uppnår försäkringens slutålder före den medförsäkrade

Begränsningar:

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om försäkrad valt att säga upp försäkringen för sig själv och för medförsäkrad, men står kvar i den försäkringsberättigade gruppen.

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om försäkrad eller medförsäkrad har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag hos annan försäkringsgivare.

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie. Försäkring som är obligatorisk för samtliga anställda där arbetsgivaren är premiebetalare – ett avtal där försäkrad (tredje man) inte är involverad i premiebetalningen via egen faktura eller löneavstående har rätt till fortsättningsförsäkring om försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie om ansökan inkommer till försäkringsgivaren inom 3 månader.

Fortsättningsförsäkring gäller längst till och med utgången av den månad som försäkrad fyller 65 år. Ansökan om fortsättningsförsäkring måste insändas till försäkringsgivaren inom 3 månader

från den dag försäkrad träder ur gruppförsäkringen. Fortsättningsförsäkringens belopp får inte överstiga det belopp som senast gällde i gruppförsäkringen för den försäkrade. Fortsättningsförsäkringen meddelas på särskilda villkor och med särskild premiesättning.

A.18 Rätt att ansöka om Seniorförsäkring

Seniorförsäkringen kan omfatta följande försäkringsprodukter:

- Livförsäkring
- Kritisk Sjukdom
- Olycksfallsförsäkring
- Sjukvårdsförsäkring
- Olycksfall Special

En försäkrad som har omfattats av någon av ovanstående produkter i gruppförsäkringen, under minst 6 månader, har rätt att ansöka om Seniorförsäkring utan ny hälsoprövning för de försäkringar du tidigare omfattats av.

Utträdet ska bero på antingen ålderspensionering eller slutålder för gruppavtalet. Även medförsäkrad ska träda ur gruppen när gruppmedlem uppnår slutåldern för gruppavtalet. Ansökan om seniorförsäkring ska vara försäkringsgivaren tillhanda senast inom 3 månader från utträdesdag ur gruppförsäkringen eller inom 3 månader från den dag då fortsättningsförsäkringen upphört. För seniorförsäkringen gäller särskilda försäkringsvillkor.

A.19 Efterskydd

Om en försäkrad som har omfattats av försäkring under minst 6 månader träder ur gruppen, av någon annan anledning än uppnådd slutålder för avtalet, upphör försäkringsgivarens ansvar mot försäkrad tre månader efter utträdet (efterskydd). Om en make/sambo är medförsäkrad och äktenskapet/samboförhållandet upplöses, upphör ansvaret mot medförsäkrad tre månader efter upplösningen av äktenskapet/förhållandet.

Begränsningar:

Efterskyddet gäller inte om den försäkrade varit försäkrad kortare tid än 6 månader, och inte heller om försäkrad på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag.

Efterskyddet gäller inte om gruppavtalet helt eller delvis har sagts upp av gruppen/behörig gruppföreträdare, eller om försäkrad själv har valt att säga upp försäkringen men fortfarande står kvar i den försäkringsberättigade gruppen.

Efterskyddet gäller inte om försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie.

Undantag:

Försäkring som är obligatorisk för samtliga anställda där arbetsgivaren är premiebetalare – ett avtal där försäkrad (tredje man) inte är involverad i premiebetalningen via egen faktura eller löneavstående, har fortsatt rätt till efterskydd om försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie.

Efterskyddet gäller inte om försäkrad under efterskyddstiden ansluter dig till en annan gruppförsäkring eller tecknar fortsättningsförsäkring.

A.20 Överlåtelse och Pantsättning

Livförsäkring, Fortidskapital, samt försäkring för Kritisk sjukdom kan överlåtas/pantsättas till någon som enligt gruppavtalet kan omfattas av försäkringen. En överlåtelse förfaller vid byte av gruppförsäkringsavtal eller vid övergång till Fortsättningsförsäkring.

B. BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS ANSVAR

B.1 Upplysningsplikt

Försäkringstagaren och/eller den försäkrade är skyldig att på försäkringsgivaren eller dess samarbetspartners begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkring skall meddelas, utvidgas, förnyas eller handläggas i övrigt. Försäkringstagaren och den försäkrade ska lämna riktiga och fullständiga svar på frågorna.

Om försäkringsgivaren under försäkringstiden får kännedom om att upplysningsplikten har åsidosatts, får försäkringsgivaren säga upp försäkringen.

Den försäkrade/medförsäkrade eller grupp företrädaren ska skyndsamt anmäla till försäkringsgivaren om den försäkrade träder ur den försäkringsberättigade gruppen och inte längre kan omfattas. Anmäls inte ovanstående betalas högst de senaste 12 månaders premie tillbaka.

Om försäkrad inte anmäler förändringar i tid, börjar dessa gälla enligt de allmänna bestämmelserna för försäkringens ikraftträdande, det vill säga tidigast från den dag anmälan inkom till försäkringsgivaren.

B.2 Oriktiga uppgifter

Om oriktiga, svekliga eller ofullständiga uppgifter har lämnats kan det medföra att försäkringen blir ogiltig, ändras eller sägs upp, och att försäkringsgivaren blir fri från ansvar för försäkringsfall enligt bestämmelserna i Försäkringsavtalslagen (FAL) och i svensk lag i övrigt. Om försäkringsgivaren är fri från ansvar, har försäkringsgivaren rätt att återkräva redan lämnad ersättning av den försäkrade. Inbetald premie återbetalas inte. Sådan inskränkning gäller även mot förmånstagare.

B.3 Framkallande av försäkringsfall

Om försäkrad med uppsåt framkallar ett försäkringsfall utbetalas ingen ersättning.

Om försäkrad med grov vårdslöshet framkallar ett försäkringsfall kan ersättning utebli eller minskas med ett särskilt avdrag efter vad som är skäligt med hänsyn till vårdslöshet och omständigheterna i övrigt.

Om försäkrad handlar eller underlåter att handla på ett sätt som medför betydande risk för skada och därigenom framkallar ett försäkringsfall, kan ersättning utebli eller minskas med ett särskilt avdrag efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna, om försäkrad insåg eller borde ha insett att handlandet eller underlåtenheten att handla innebar betydande risk för skada. Faktorer som kan ha särskild betydelse vid denna bedömning är om försäkrad i samband med försäkringsfallet använder alkohol, annat berusningsmedel eller läkemedel på sådant sätt att det påverkar handlandet.

B.4 Självmord

Har den försäkrade begått självmord efter att det förflutit ett år sedan försäkringen trädde i kraft eller senast återupplivades ansvarar försäkringsgivaren för försäkringsfallet. Har den försäkrade begått självmord inom ett år från det att försäkringen trädde i kraft eller senast återupplivades, ansvarar ändå försäkringsgivaren, om det kan antas att försäkringen tagits eller återupplivats utan tanke på självmordet. Vid utökning eller höjning av försäkringen gäller också sådan tidsfrist för utökad del.

B.5 Vid brottslig handling och påverkan av alkohol och missbruk

Vid olycksfallsskada eller sjukdom kan ersättningen reduceras, upphöra eller utebli helt då den försäkrade:

- uppträtt grovt vårdslöst
- utfört eller medverkat till brottslig handling som enligt svensk lag kan leda till fängelse

- varit påverkad av, eller skadan kan anses föranletts av missbruk och/eller överkonsumtion av alkohol, andra berusningsmedel/droger, sömnmedel, narkotiska preparat, dopingpreparat eller felaktig användning av läkemedel, eller följer därav

För att ovan nämnda begränsningar i försäkringens giltighet ska vara aktuella krävs att den händelse som förorsakat skadan är en direkt följd av eller kan anses ha samband med ovanstående. Ovanstående begränsningar gäller inte om försäkrad ännu inte fyllt 18 år. Försäkringen gäller heller inte för skada där det får antas att den skadevållande händelsen föranletts av att försäkrad var under påverkan av en allvarlig psykisk störning.

B.6 Undantag för sjukdom/symptom som visat sig innan försäkringen började gälla

Försäkringen gäller inte för sjukdom, kropps fel eller psykisk utvecklingsstörning och inte heller för följder av sådana tillstånd där symtomen visat sig innan försäkringen började gälla, även om diagnos kan fastställas först vid senare tidpunkt.

B.7 Försäkring beviljad endast med kravet om ”Fullt arbetsför”

Försäkring beviljad endast med kravet om Fullt arbetsför (se definitioner) gäller, om inget annat framgår av Gruppavtalet, enligt följande:

- försäkringen omfattar inte någon befintlig åkomma eller följer därav, varmed avses åkomma som varit journalförd, behandlad eller känd av den sökande, innan försäkringen började gälla. Gruppavtalet kan dock innehålla andra regler.

C. BEGRÄNSNINGAR I FÖRSÄKRINGARNAS GILTIGHET

C.1 Vid utlandsvistelse som inte berörs av begränsningar vid krigstillstånd eller politiska oroligheter

Försäkringen gäller vid vistelse utanför EU/EES längst i upp till ett år.

Försäkringen gäller även vid vistelse i hela världen under obegränsad tid om den försäkrade, den försäkrades make/maka, sambo eller registrerad partner är:

- i utlandstjänst hos svenska staten, ett svenskt företag eller en svensk ideell förening
- i tjänst hos ett utländskt företag med fast anknytning till Sverige
- i tjänst hos en sammanslutning av stater där Sverige är medlem
- i tjänst hos internationell organisation med fast anknytning till Sverige
- utlandsstuderande
- au pair.

För att vistelsen utomlands ska anses avbruten vid tillfälliga uppehåll i Sverige och ny utlandsvistelseperiod påbörjas, krävs att den försäkrade varit i Sverige i minst 90 dagar.

Vid olycksfall utanför Norden lämnar försäkringen endast ersättning för Medicinsk invaliditet, Bestående ärr samt Dödsfall som inträffar i direkt anslutning till olycksfallet. Dock lämnas ersättning för kostnader som uppstått i Sverige efter olycksfallsskada utanför Norden.

Även sjukperiod som fortsätter efter hemkomst till Sverige eller till annat land inom Norden berättigar till ersättning från sjukinkomstförsäkringen. Datum för hemkomsten är den dag som sjukperioden försäkringsmässigt är påbörjad. Den försäkrade ska tillhandahålla handlingar som styrker arbetsförmågan och sjukperiod från landets (inom Norden) allmänna försäkringssystem (landets motsvarighet till Försäkringskassan).

C.2 Om den försäkrade flyttar utomlands

Om den försäkrade flyttar utomlands gäller följande:

- Olycksfall Special kan behållas om den försäkrade flyttar inom Norden

C.3 Vid krigstillstånd, politiska oroligheter, terrorism och massförstörelsevapen

Försäkringen gäller inte för försäkringsfall vid krig och/eller krigsförhållanden i Sverige för vilken särskild lagstiftning gäller. Av lagstiftningen följer bl.a. att försäkringsgivaren har rätt att ta ut tilläggspremie s.k. Krigspremie för försäkringen som omfattas av krigsansvarighet.

Försäkringen gäller inte för försäkringsfall som har samband med krig, krigsliknande politiska oroligheter, väpnad konflikt eller likande i länder eller områden utanför Sverige. Försäkringarna gäller heller inte för försäkringsfall som inträffar inom 1 år efter ett sådant deltagande och som kan anses vara en följd av kriget eller de politiska oroligheterna.

Utbyter krig eller oroligheter medan försäkrad vistas i området gäller försäkringen under den första månaden under förutsättning att försäkrad inte deltar i kriget eller de politiska oroligheterna. Försäkringen gäller inte för skadefall som helt eller delvis, direkt eller indirekt, orsakats av, eller är en följd av, eller som förvärrats av:

- Biologiska massförstörelsevapen
- Kärnmassförstörelsevapen
- Kemiska massförstörelsevapen
- Terroristhandling med användande av biologiska-, kärn- eller kemiska massförstörelsevapen, hur dessa än sprids eller kombineras

C.4 Vid flygning

Försäkringen gäller inte vid flygolycka om den försäkrade är förare eller har annan funktion ombord vid:

- militärflygning
- avancerad flygning eller yrkesmässig provflygning
- flygning som utförs av flygbolag som inte är koncessionerat i nordiskt land.

C.5 Undantag avseende sport och idrott

Olycksfallsskada, dödsfall eller sjukdom som direkt eller indirekt beror på idrotts-, sport eller artistutövande med inslag av fysisk aktivitet och från vilken den försäkrade erhåller eller beräknas erhålla en årlig inkomst och/eller sponsring med minst 0,5 prisbasbelopp/år, ersätts inte.

C.6 Epidemi, pandemi

Försäkringen omfattar inte sådan sjukdom, eller följder därav, som Världshälsoorganisationen (WHO) fastställts som epidemi eller pandemi. Begränsningen tillämpas inte på omfattningarna dödsfall i Livförsäkringen och sjukhusvistelse i Barn- & ungdomsförsäkringen.

C.7 Force Majeure

Försäkringsgivaren är inte ansvarig för ekonomisk förlust som kan uppstå om utredning rörande försäkringsfall eller utbetalning fördröjs på grund av krig, politiska oroligheter, lagbud, myndighetsåtgärd, eller strejk.

C.8 Patientskador

Patientskadlagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeförsäkring och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning för personskada på patient som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige är således en fråga för patientförsäkringen och ersätts inte enligt dessa gruppvillkor.

D. REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL

D1. Åtgärd vid ersättningsanspråk

Anmälan om skada, som kan ge rätt till ersättning, ska snarast möjligt anmälas skriftligen till försäkringsgivaren eller dess samarbetspartner.

Den som gör anspråk på ersättning ska tillsammans med skadeanmälan sända in läkarintyg, övriga handlingar och upplysningar som försäkringsgivaren anser vara av betydelse för bestämningen av rätten till ersättning. Dessa handlingar ska sändas in utan kostnad för försäkringsgivaren. Om begärda handlingar och övriga upplysningar inte inkommer till försäkringsgivaren kan det medföra att rätten till ersättning inte kan bedömas, och ersättning kan i sådant fall minskas eller helt utebli. Vid dödsfall ska de efterlevande anskaffa dödsfallsintyg och släktutredning från lokala Skatteverket, samt i förekommande fall intyg om dödsorsak.

Medgivande ställt till försäkringsgivaren eller dess samarbetspartners att för bedömning av sin ansvarighet inhämta nödvändiga upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, statliga- och kommunala myndigheter, Försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning ska lämnas på försäkringsgivarens begäran. Frågan om nödvändigheten kan på den försäkrades begäran prövas i särskild ordning.

Förutsättningar för rätt till ersättning vid sjukdom eller olycksfallsskada är att försäkrad:

- snarast anlitar ojävig läkare/tandläkare,
- under sjuktiden står under fortlöpande läkartillsyn,
- följer läkarens föreskrifter,
- aktivt deltar i av Försäkringskassan/försäkringsgivaren/arbetsgivaren och/eller läkares rekommenderade rehabiliteringsåtgärder,
- i övrigt följer försäkringsgivarens anvisningar.

Försäkringsgivaren kan begära att den försäkrade inställer sig för undersökning och behandling av särskilt anvisad läkare eller vårdinrättning. Kostnad betalas i dessa fall av försäkringsgivaren. Om försäkrad inte följer anvisningar kan rätten till ersättning reduceras, upphöra eller utebli. Den som gör anspråk på ersättning för kostnader ska kunna styrka detta med originalkvitto.

D2. Värdesäkring

För de försäkringar där ersättning bestäms av prisbasbelopp, tillämpas det prisbasbelopp som gäller då försäkringsgivaren betalar ut ersättningen. Eventuella förskott eller delersättningar avräknas från det beloppet.

D3. Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser

När rätt till försäkringsersättning uppkommit och den försäkrade preciserat krav på ersättning ska utbetalning ske senast 30 dagar efter det att: de åtgärder som angivits för utbetalning fullgjorts, och/eller utredning presenterats som skäligen kan begäras för att fastställa försäkringsgivarens betalningsskyldighet och till vem utbetalning ska göras.

Sker utbetalning senare än vad som ovan angivits betalas dröjsmålsränta enligt räntelagen.

Beräkning av dröjsmålsränta görs på ersättning som beräknats med det prisbasbeloppet som gällde när rätten till ersättning uppkom. Härutöver ansvarar försäkringsgivaren inte för förlust som kan uppstå om utredning rörande skade- & försäkringsfall eller utbetalning fördröjs.

Dröjsmålsränta betalas inte om dröjsmålet beror på:

- krig eller politiska oroligheter
- lagbud
- myndighetsåtgärd
- strejk

Dröjsmålsränta betalas inte heller om dröjsmålet beror på händelse under stycket Preskription eller Force Majeure.

D4. Preskription

Den som vill ha försäkringsersättning eller annat försäkringsskydd måste väcka talan mot försäkringsgivaren inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsavtalet berättigar till sådant skydd inträdde.

Med förhållande avses de förutsättningar i försäkringsavtalet/gruppavtalet, försäkringsbeskedet och försäkringsvillkoren som måste vara uppfyllda för att rätt till ersättning ska föreligga.

Preskriptionstiden börjar löpa när rätt till ersättning från försäkringen föreligger.

Den som framställt sitt anspråk till försäkringsgivaren inom den tid som anges här, har dock alltid minst sex månader på sig att väcka talan från den dag försäkringsgivaren tagit slutlig ställning till anspråket.

D5. Registrering av skadeanmälan

Försäkringsgivaren har rätt att i ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmälda skador i anledning av denna försäkring. Personuppgiftsansvarig för GSR är GSR AB, Box 24171, 104 51 Stockholm. Telefonnummer 08-522 780 00.

E. Olycksfall Special – Olycksfall & Sjukvård till följd av olycksfallsskada

E.1 Allmänt

Försäkringen gäller dygnet runt, under såväl arbetstid som fritid.

Försäkringen kan tecknas från 16 års ålder och kan gälla livsvarigt dvs så länge man tillhör den försäkringsberättigade gruppen, och så länge premie betalas.

En olycksfallsskada är en kroppsskada som drabbar den försäkrade genom en ofrivillig, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld). Kroppsskada som uppkommer genom värmeslag, solsting, förfrysning, vridvåld mot knä, hälseneruptur samt borreliainfektion och TBE till följd av fästingbett jämföras med olycksfallsskada.

För att en olycksfallsskada enligt försäkringsvillkorens mening ska föreligga måste de fyra kriterierna (kroppsskada, ofrivillig, plötslig, yttre händelse) var uppfyllda. Detta kan medföra att händelser som i dagligt tal kallas olycksfall inte är en olycksfallsskada.

Olycksfallsförsäkringen gäller för försäkrad vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden, och för kostnader inom offentligvården och endast upp till gällande högkostnadsskydd.

Sjukvård till följd av olycksfallsskada gäller, efter remiss från offentligvården, och efter utredning att skadan är att betrakta som en olycksfallsskada enligt dessa försäkringsvillkor. Ersättning lämnas för åtgärder, kostnader och tjänster för vård inom Sverige till följd av olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. All privat vård utförs av leverantörer/vårdgivare som i förväg anvisats av försäkringsgivaren, och som ingår i försäkringsgivarens vårdgivarnätverk.

Sjukvårdsdelen är till för planerad vård d.v.s. ej för akuta skador.

E.2 Läkekostnader (Olycksfall)

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för vård och behandling av behörig läkare, vård på sjukhus samt behandling och hjälpmedel som behörig läkare föreskrivit för skadans läkning. Försäkringsersättning lämnas för offentligt subventionerad vård och endast upp till gällande högkostnadsskydd.

För sjukhusvård medges försäkringsersättning för den av landstingen fastställda dygnsavgiften. Om den försäkrade fått remiss till sjukgymnast, men väljer alternativ behandling, lämnas försäkringsersättning för sådan behandling upp till motsvarande patientavgiften vid sjukgymnastik i offentlig vård.

Försäkringsersättning lämnas under längst 3 år för läkekostnader räknat från skadetillfället. Olycksfallsskada som medfört en invaliditet, men där inte slutreglering kunnat ske inom 3 år, lämnas ersättning tills att slutreglering kunnat ske. Har invaliditetsersättning utbetalats lämnas inte någon ytterligare försäkringsersättning för läkekostnader.

E.3 Resekostnader (Olycksfall)

Vid vård och behandling som föreskrivits av behörig läkare för skadans läkning lämnas ersättning för reskostnader.

Försäkringskassa/arbetsgivare och/eller skol-/kommunförsäkring ska i första hand lämna ersättning för utökade reskostnader avseende resor mellan den försäkrades bostad och skola eller arbetsplats.

Den försäkrades hälsotillstånd avgör vilket färdstätt som försäkringsersättning lämnas för. Behörig läkare ska styrka behovet, och försäkringsersättningen lämnas för det billigaste färdstättet som den försäkrades hälsotillstånd medger. För resa med egen bil lämnas försäkringsersättning enligt Skatteverkets riktlinjer.

Försäkringsersättning lämnas under längst 3 år för reskostnader räknat från skadetillfället.

Olycksfallsskada som medfört en invaliditet, men där inte slutreglering kunnat ske inom 3 år, lämnas ersättning tills att slutreglering kunnat ske.

Har invaliditetsersättning utbetalats lämnas inte någon ytterligare försäkringsersättning för resekostnader.

E.4 Tandskadekostnader (Olycksfall)

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för behandling av tandskada av behörig tandläkare vid olycksfallsskada. Skada på implantat och tandprotes som fanns på plats i munnen när den skadades, räknas även som tandskada.

För försäkringsersättning av uppkommen behandling av tänder i Sverige krävs att behandlingen omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Behandling av implantat ersätts inte om denna behandling inte omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Alla kostnader för behandling av tänder ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

Försäkringsersättning lämnas för behandling av tänder inom 5 år räknat från skadetillfället.

Sådan uppskjuten tandbehandling ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

Har slutbehandling skett av tandskada och försäkringsersättning betalats, lämnas ingen ytterligare försäkringsersättning.

Om tandbehandlingsbehov redan förelåg vid skadetillfället på de skadade tänderna, har försäkringsgivaren rätt att justera ner försäkringsersättningens storlek.

E.5 Merkostnader (Olycksfall)

Behöver den försäkrade behandlas av tandläkare eller läkare på grund av olycksfallsskada lämnas försäkringsersättning för:

- a) skäligen oundvikliga utökade merkostnader som uppstått till följd av olycksfallsskadan, under skadans akuta läknings- och behandlingstid, lämnas försäkringsersättning med maximalt 3 prisbasbelopp.
- b) kläder och andra normalt burna personliga tillhörigheter som skadats vid olycksfallet t ex. cykelhjälm, glasögon och skor, lämnas försäkringsersättning med maximalt 0,5 prisbasbelopp.

Nedanstående värderingstabell används av försäkringsgivaren vid försäkringsersättning av personliga tillhörigheter. Tabellen visar värdet i procent av nypriset beroende av åldern på föremålet.

Ålder	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5 år el. äldre
Procent	100	80	60	40	20	0

För merkostnader som uppstått i näringsverksamhet lämnas ingen försäkringsersättning, det är endast merkostnader som privatperson som ersätts.

E.6 Rehabilitering och hjälpmedel (Olycksfall)

Om förändringar i boendemiljö, förändringar i andra levnadsförhållanden eller särskilda hjälpmedel behövs på grund av olycksfallsskadan, lämnas försäkringsersättning med maximalt 2 prisbasbelopp. Kostnaderna ska vara skäligen och uppstått efter tiden då behandlingen var akut, samt i förväg godkänts av försäkringsgivaren.

Med rehabiliterande behandling menas här, åtgärder av medicinsk art, vård, behandling, träning eller omskolning som efter den akuta behandlingstiden görs för att minska invaliditeten, och förbättra funktionsförmågan. Som rehabilitering räknas inte åtgärder som syftar till att upprätthålla den funktionsförmåga som den försäkrade fått efter olycksfallsskadan, så kallad underhållsbehandling anses inte som rehabilitering. Det krävs även att rehabiliteringen är begränsad i tid.

Ersättning kan lämnas för kostnaderna för:

- omskolning, arbetsträning och arbetsprövning (kompetenshöjande utbildning ersätts inte),
- av behandlande behörig läkare remitterad behandling och vård, maximalt 10 tillfällen behandlingen får inte påbörjas innan försäkringsgivaren har tagit del av remissen, som inte får vara äldre än 6 månader, och godkänt denna,

- kostnader av engångskaraktär såsom förändringar i huvudsaklig bostadsmiljö, andra levnadsförhållanden, dessa avsedda för att den försäkrade skall kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Standardhöjande åtgärder som leder till ökad kostnad ersätts inte,
- hjälpmedel med syfte att öka den försäkrades förmåga till rörelse och reducera en möjlig framtida invaliditet.

Har försäkringen redan lämnat ersättning för medicinsk invaliditet, lämnar försäkringen ingen ytterligare ersättning för hjälpmedel.

E.7 Invaliditet (Olycksfall)

Medicinsk invaliditet är en fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas av behörig läkare, oberoende av arbetsförhållanden, yrke eller fritidssysselsättningar.

Ekonomisk invaliditet är en medicinskt objektiv förlust av arbetsförmåga orsakats av ett olycksfall. Arbetsförmågan måste vara bestående nedsatt med minst 50% när samtliga möjligheter till annat yrke prövats.

Om försäkrad för samma skada har rätt till ersättning för både medicinsk och ekonomisk invaliditet betalas endast den högsta av ersättningarna. Om ersättning för medicinsk invaliditet har utbetalats så avräknas denna från ersättningen för ekonomisk invaliditet. Försäkringsersättning utgår aldrig för invaliditet som förelåg före försäkringens begynnelse.

E.8 Medicinsk invaliditet (Olycksfall)

När kroppsfunktionen övergått i ett permanent men inte livshotande tillstånd på grund av olycksfallsskadan och medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunktion, utbetalas invaliditetsersättning. Detta sker tidigast 1 år räknat från den tidpunkt då olycksfallet inträffade och att försäkringen under tiden för olycksfallet var gällande.

Fastställande av slutgiltig invaliditetsgrad ska om möjligt ske inom 3 år från olycksfallsskadan, men kan uppskjutas så länge detta enligt medicinsk erfarenhet är nödvändigt.

Vid bedömning av invaliditetsgraden beaktas protesfunktion om den försäkrades funktionsförmåga förbättras genom användning av denna. Motsvarande gäller korrektion vid syn- och hörselskador vilken kan ske med hjälp av glasögon, kontaktlinser och hjälpmedel vid hörselnedsättning. Bedömningen görs oberoende av till vilken grad den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms enligt tabellverket "Gradering av medicinsk invaliditet", utgiven av Svensk Försäkring.

Hur beräknas ersättningen?

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet framgår på försäkringsbeskedet dock max 16 prisbasbelopp och är lika med det maximala ersättningsbeloppet upp till 65 års ålder. Från 65 års ålder så halveras försäkringsbeloppet och är då maximalt 8 prisbasbelopp.

Ersättning utbetalas med så stor del av försäkringsbeloppet som motsvarar den medicinska invaliditetsgraden. Invaliditetsgrad som uppgår till 80 procent eller mer ersätts med 100 procent av försäkringsbeloppet. Om olycksfallsskadan medfört skador på ett flertal kroppsdelar så att invaliditetsgraden överstiger 100 procent sammanlagt begränsas försäkringsbeloppet till 100 procent.

E.9 Ekonomisk invaliditet

I gruppavtalet framgår om ekonomisk invaliditet ingår eller inte, samt att det framgår på förköpsinformationen som är framtagen för respektive avtal.

Om ekonomisk invaliditet ingår så gäller den längst till och med månaden före du som försäkrad uppnår 65 år. Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet är maximalt 8 pbb.

Rätten till ekonomisk invaliditet kan prövas när följande förutsättningar är uppfyllda:

- Olycksfallsskadan har medfört en mätbar medicinsk invaliditet.
- Arbetsförmågan är bestående och varaktigt nedsatt till minst 50 procent.
- Olycksfallsskadan är orsaken/har medfört förlusten av arbetsförmågan.
- Samtliga möjligheter till arbete i annat yrke har prövats.

Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att inhämta ytterligare oberoende utlåtande och/eller begära att den försäkrade genomgår en läkarundersökning hos särskild anvisad läkare.

Att Försäkringskassan har beviljat aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning, sjukpenning eller rehabiliteringspenning är en omständighet som inte är avgörande för försäkringsgivarens ersättningsbedömning.

Ersättning för ekonomisk invaliditet utbetalas tidigast 2 år räknat från tidpunkten för den inträffade olycksfallsskadan och/eller tidigast då den försäkrade fyller 19 år.

Fastställande av invaliditetsgrad

Den slutliga invaliditetsgraden ska om möjligt fastställas inom 5 år från tidpunkten för olycksfallsskadan. Fastställandet kan dock skjutas upp så länge det finns möjlighet till yrkesinriktad rehabilitering.

Bestämningen av invaliditetsgrad sker med ledning av den medicinskt objektiva förlusten av arbetsförmåga som olycksfallsskadan medfört. Det betyder att det är endast olycksfallsskadans del av arbetsförmågan som ska bedömas och försäkringen ersätter endast denna del. Om den försäkrade har drabbats av flera skador vid olika tillfällen, måste en av dessa skador ensamt medföra bestående nedsättning med minst 50 procent av full arbetsförmåga för att den försäkrade ska ha rätt till ersättning. Med full arbetsförmåga avses den försäkrades förmåga att utföra arbete motsvarande en heltidstjänst.

Befintlig sjuk- eller aktivitetsersättning vid olycksfallsskadan

Om den försäkrade vid skadetillfället uppbar sjukersättning, aktivitetsersättning eller annan motsvarande ersättning enligt lagen om allmän försäkring p.g.a. varaktig arbetsförmåga, lämnas högst så stor ekonomisk invaliditetsersättning som svarar mot förlusten av resterande arbetsförmåga. Det är endast olycksfallets del i arbetsförmågan som ska bedömas och försäkringen ersätter endast denna del.

Regler för dig som fyllt 60 år

Inträder arbetsförmåga efter att den försäkrade fyllt 60 år lämnas försäkringsersättning endast om den medicinska invaliditetsgraden på grund av olycksfallsskadan är minst 50 procent. Samma förhållande gäller även om den försäkrade före 60 års ålder varit bestående arbetsförmögen till viss del och efter fyllda 60 år blivit bestående helt arbetsförmögen. Efter 65 års ålder lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

Hur beräknas ersättningen?

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet är maximalt 8 pbb och framgår på försäkringsbeskedet, i gruppavtalet, på den avtalsspecifika förköpsinformationen.

E.10 Bestående ärr (Olycksfall)

Ersättning för ärr som kvarstår 2 år efter bekräftad och godkänd olycksfallsskada som inträffat under försäkringsgivarens ansvarstid kan generera ersättning, och ersättning utbetalas efter försäkringsgivarens fastställda tabellverk. Ett absolut krav för att ersättning ska kunna lämnas är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling har krävts. Med behandling avses här att läkaren vidtar någon behandling, exempelvis att sårskadan måste sys. Ersättning lämnas i procent av försäkringsbeloppet som gäller för medicinsk invaliditet. Ärrersättning lämnas ej för bagatellartade ärr och ej efter fyllda 65 år.

E.11 Ersättning vid dödsfall (Olycksfall)

Om det på grund av en olycksfallsskada sker ett dödsfall inom 3 år räknat från skadetillfället utbetalas dödsfallsersättning till den försäkrades dödsbo. Försäkringsbeloppet för dödsfallsersättning är 2 pbb fram till 65 års ålder, och från 65 års ålder är dödsfallsersättningen 0,5 pbb. Försäkringsersättning lämnas för medicinsk invaliditet om dödsfall inträffar efter att 1 år har förflutit från den dag då olycksfallsskadan inträffade. Försäkringsersättningen utbetalas efter den medicinska invaliditet som bedöms förelegat, då dödsfallet inträffade. Försäkringsersättningen utbetalas till den försäkrades dödsbo. Försäkringsgivaren utfärdar inte Bouppteckningsintyg.

E.12 Krishjälp (Olycksfall)

En försäkrad som råkat ut för ett traumatiskt tillstånd, omfattas av rätt till psykologkonsultationer till följd av:

- ersättningsbar olycksfallsskada enligt dessa villkor,
- nära anhörigs (förälder, syskon, mor/farförälder, make, sambo, den försäkrades barn) dödsfall,
- rån, hot, våldtäkt eller överfallsskada mot dig som försäkrad och som polisanmälts.

Krismomentet gäller för den försäkrade som privatperson (det vill säga ej för skador som inträffat i tjänsten). Försäkringsersättning utgår för resor till och från ovanstående krisbehandling. Genom krismomentet ersätts högst 10 behandlingstillfällen per försäkrad och skada. Behandling bokas av den försäkrade och ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

E.13 Sjukvård till följd av olycksfall med remisskrav

E.13.1 Vad Sjukvårdsdelen ersätter

Vårdförsäkringen ger tillgång till den privata vårdsektorn, och försäkringen ersätter utgifter för operationer och andra avgifter för läkare i samband med sjukhusvård. Försäkringen ersätter vårdprocess som har till syfte att läka eller förbättra det medicinska tillståndet. Konsultationer hos specialister och generella förberedande och nödvändiga undersökningar, tester och provtagning, ersätts bara i direkt och omedelbar anslutning till behandlingen, normalt längst 6 månader från skadans uppkomst, om de är godkända i förväg av försäkringsgivaren och värderas som rimliga och relevanta för att få klarhet i vad den försäkrade lider av eller för att kontrollera en utförd behandling. Aktuella ersättningar framgår av gällande ersättningsöversikt. Vissa behandlingar finns bara inom den offentliga vården och kan därför inte bokas av oss.

E.13.2 Vårdrådgivning/ Vårdplanering

Försäkringen gäller med krav om remiss, och remissen ska vara utfärdad av läkare och får inte vara äldre än tre månader. Efter att remiss och skadeanmälan inkommit, se punkt O.18 och förutsatt att det är att betrakta som en olycksfallsskada enligt dessa villkor, får den försäkrade tillgång till vårdplanering och tidsbokning av legitimerade sjuksköterskor per telefon på vardagar mellan 08.00 – 17.00.

E.13.3 Transportkostnader

Försäkringen täcker den försäkrades nödvändiga och skäligena rese- och logikostnader med maximalt 1500 kr/dygn om behandlingen som försäkringen erbjuder finns längre bort än 100 km, enkel resa, från den försäkrades permanenta bostad. Resekostnader för avstånd kortare än 100 km ersätts inte. Om den försäkrade ska genomgå en större operation kan försäkringen också ersätta en nära anhörigs rese- och logikostnader (gäller för en person). Innan resan påbörjas ska vårdplaneringen kontaktas för godkännande och alla ersättningsberättigade transportkostnader och logikostnader ska alltid godkännas på förhand. Ersättning lämnas för det billigaste färd sättet som hälsotillståndet medger.

E.13.4 Vårdgivare och behandlingsmetoder

Läkare, specialister osv. som ger behandling måste ha behörighet i det land där de praktiserar sitt yrke. Dessutom ska metoden vara godkänd av de offentliga hälsovårdsmyndigheterna i landet där behandlingen äger rum. Behandlingsmetoder som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet ersätts inte. Behandlingsmetoder som ännu inte är godkända av de offentliga hälsomyndigheterna men är under vetenskaplig utredning, kan bara ersättas om de är godkända i förväg av försäkringsgivaren, och om de finns i försäkringsgivarens vårdgivarnätverk.

E.14 Ersättningsöversikt - Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

Inte i något fall får ersättningen överstiga räkningsbeloppet. Erhåller den försäkrade ersättning från försäkringsgivaren utöver det belopp som han/hon är berättigad till, är den försäkrade skyldig att utan dröjsmål återbetala det överskjutande belopp. Alla efterföljande betalningar som görs till försäkringsgivaren skrivs först av mot sådana utestående fordringar. I annat fall kommer försäkringsgivaren att reglera överskjutande belopp i annat mellanhavande mellan parterna. Ersättningsbeloppen är begränsade till normala, sedvanliga och skäliga kostnader i regionen eller landet där behandlingen ges. Avseende kostnader som uppstår utanför Sverige: Där det i försäkringsvillkoren finns en begränsning till högkostnadsskydd, ersätts kostnaden upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige.

Sjukhusvistelse, operationer, behandlingar m.m. efter Remiss	
Vård exkl. behandlingar, per sängdygn	100 %
Vård på intensivavdelning, exkl. behandlingar	100 %
Operationer	100 %
Då sjukhus eller klinik använder sig av fast dagspris, inkl. behandlingar och operationer, per säng och dag	100 %
Laboratorie- och röntgenundersökning, skanning och annan läkarbehandling vid inläggning:	100 %
För för- och efterbehandling, samt kontroller som ordinerats av läkare efter operation/behandling och som är godkända i förväg av vårdplaneringen, lämnas ersättning i max. sex månader från första behandlingsdag Anlitas i stället offentligvården lämnas ersättning för patientavgiften med upp till maximalt 1 högkostnadsskydd.	100 %
Rekonstruktiv kirurgisk behandling efter olycksfall. Behandlingen skall vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren	100 %
Specialistvård, diagnos, förberedande undersökning och efterbehandling efter Remiss	
Konsultation hos specialistläkare*	100 %
Laboratorieundersökning, röntgenundersökning och skanning*	100 %
Andra undersökningar ordinerade av specialistläkare*	100 %
*Ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren	
Sjukgymnastik/fysioterapi, behandling hos kiropraktor samt naprapat	
Behandling hos legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut*	100 %
Behandling hos legitimerad kiropraktor, legitimerad samt naprapat*	100 %
*Behandlingen ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren. Ersätts vid max tio behandlingstillfällen per skada.	
Sjukgymnastik/fysioterapi/kiropraktorbehandling, efterbehandling efter sjukhusvistelse/operation	
Utöver ovanstående tio behandlingar kan försäkringen lämna ersättning för läkarordinerad sjukgymnastik/fysioterapi och/eller behandling hos kiropraktor efter operation samt efterbehandling i samband med operation, dock i max. fyra månader från första behandlingsdag.	100%

E.15 Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

Försäkringen täcker maximalt upp till SEK 2 000 000 kr per försäkrad och år.

E.16 Vårdgaranti – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

Vårdgaranti – Försäkringsgivaren lämnar garantiersättning för ett och samma skadefall om den försäkrade inte får kontakt med specialistläkare inom 6 helgfria arbetsdagar eller godkänd operation förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering inte genomförts inom 20 helgfria arbetsdagar under förutsättning att följande uppfyllts:

- att remiss är utfärdad av läkare och/eller specialistläkare,
- att försäkringsgivaren fått kännedom om remiss eller ordination,
- att försäkringsgivarens vårdplanering erhållit nödvändig medicinsk dokumentation för att kunna godkänna operation, samt att försäkringsfallet är ersättningsbart och medicinskt motiverat.

Garantin gäller ej om den försäkrade inte kan opereras av medicinska skäl, eller uteblir från inbokad behandling eller tackar nej till inbokad tid för operation. Vårdgaranti gäller för vård och operationer inom försäkringsgivarens vårdgivarnätverk, som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn.

Om vårdgarantin inte uppfylls får försäkrad ett engångsbelopp per dag:

- from den 7:e arbetsdagen fram till datum för specialistläkarkontakt, eller

- from den 21 dagen fram till datum för inskrivning för operation eller annan behandling på privatsjukhus.

Garantiersättningen utgår med 500 kr per dygn men maximalt upp till 10 000 kr.

E.17 Ansvarstid och försäkringstid – Sjukvårdförsäkring med remisskrav

Ansvarstiden, det vill säga den längsta tid som ersättning kan lämnas för ett skadefall är 2 år räknat från tidpunkten för försäkringsfallet så länge försäkringen är i kraft. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också ersättningen.

För försäkringsavtal utan möjlighet till vidare försäkring och/eller fortsättningsförsäkring för den försäkrade p.g.a. uppnådd slutålder är ansvarstiden för pågående skada 3 månader från försäkringens sista giltighetsdag.

Om försäkring tecknad av arbetsgivare eller organisation lämnas obetald under pågående skadefall är ansvarstiden 1 år räknat från första anmälningsdagen. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som samma skadefall.

E.18 Kostnader som ersätts på annat sätt

Försäkringen ersätter inte kostnader som ersätts på annat sätt, till exempel via annan försäkring (exempelvis trafik-, patientskade- eller arbetsskadeförsäkring).

E.19 Åtgärder vid skada

Anmälan olycksfall som kan ge rätt till ersättning ska alltid göras via www.vitealife.se, se även punkt D.1.

För att få tillgång till privat vård via vårdplaneringen krävs en utredning för att fastställa om det är en ersättningsbar skada, och skadeanmälan ska alltid göras till www.vitealife.se och remissen ska bifogas. Vårdplaneringen tar sedan kontakt med den försäkrade/skadelidande per telefon/epost när utredningen är klar.

E.20 Begränsningar i rätten till ersättning – Sjukvårdförsäkring

Försäkringen gäller inte för behandling som inte avser förväntat normalförlopp efter en olycksfallsskada. Om kropps fel (sjukdom, sjuklig förändring, fysiskt eller psykiskt handikapp) förelåg när olycksfallsskadan inträffade eller om detta tillstött senare utan samband med olycksfallsskadan gäller följande;

Kan det antas att kroppsfelet medfört att skadans följder förvärrats, lämnas endast ersättning för de följder som har uppkommit oberoende av kroppsfelet och enbart på grund av olycksfallsskadan.

Om inget annat framgår av försäkringsbeskedet så gäller försäkringen inte för någon befintlig åkomma, varmed avses åkomma som har varit journalförd, behandlad eller känd av den försäkrade innan försäkringen började gälla.

Försäkringen ersätter vårdprocess som har till syfte att varaktigt förbättra och/eller bota tillståndet hos den försäkrade.

Vidare är försäkringsgivaren inte ersättningsansvarig för kostnader som avser, beror på eller har uppstått till följd av:

- förebyggande vård
- vård och behandling av diagnostiserad kronisk skada eller en icke behandlingsbar skada, som kräver livslång behandling
- avsiktligt självförvållad kroppsskada
- alla former av experimentell vård
- tandvård och tandkirurgiska operationer inklusive bettskena, oavsett orsak
- behandling av naturläkare eller homeopat samt medicinering med naturmedicin eller homeopatiska preparat samt andra alternativa behandlingsmetoder
- läkarintyg
- hälsointyg
- behandling utförd av den försäkrade, hans/hennes partner eller föräldrar eller ett företag som ägs av någon av sagda personer
- epidemier där insatserna leds av offentliga myndigheter
- synkorrigerande och synkorrigerande behandling
- logoped

- ett avtalat besök, behandling eller operation på en mottagning, sjukhus eller klinik där den försäkrade uteblivit, och inte till försäkringsgivarens vårdplanering/vårdgivaren avbokad senast 24 timmar innan behandlingstid. Kostnaden debiteras den försäkrade.
- professionell sport
- organtransplantation
- konvalescens
- förebyggande hälsokontroller
- permanenta medicinska hjälpmedel, t.ex. hörapparat, fotbäddar, glasögon, linser mm
- förlorad arbetsinkomst
- försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk av alkohol, narkotika, narkotikaklassade läkemedel, sömnmedel, dopingpreparat eller missbruk av andra läkemedel eller berusningsmedel.

F. BARN OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING, SJUK- & OLYCKSFALL

F.1 Allmänt

Försäkringen gäller för både olycksfall och sjukdom under försäkringstiden. Försäkringen gäller dygnet runt, om ej annat avtalats. Försäkringen kan endast tecknas av en gruppmedlem som är försäkringstagare och har en giltig gruppförsäkring, förutsatt att barn- & ungdomsförsäkringen ingår i gruppavtalet, vilket framgår av försäkringsansökan.

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att det försäkrade barnet uppnått 18 års ålder.

Försäkringen gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år (slutålder).

Försäkringen gäller för gruppmedlems samtliga arvsberättigade barn.

För Gruppmedlems makes/sambos egna arvsberättigade barn gäller försäkringen under förutsättning att barnet är folkbokfört på samma adress som gruppmedlem, eller barnet är skrivet på annan adress men där gruppmedlems make/sambo har vårdnaden. För barn där vårdnaden varat/pågått fram till barnets 18 års dag gäller försäkringen som för gruppmedlems arvsberättigade barn, fram till försäkringens slutålder. Upphör gruppmedlems försäkring dessförinnan upphör också barnförsäkringen. Försäkrad ska själv anmäla när yngsta barnet uppnått ovanstående slutålder så att försäkringen kan avslutas.

Barn födda utom Norden:

Olycksfallsförsäkringsdelen:

Utländskt barn, som gruppmedlem/medförsäkrad avser att adoptera, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att sådant medgivande finns som krävs för internationella adoptioner enligt socialtjänstlagen. Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast 1 år från det barnet kom till Sverige.

Sjukförsäkringsdelen:

Barn fött utanför Norden omfattas inte av försäkringen förrän barnet varit i Sverige i minst 1 år och genomgått en allsidig läkarundersökning. För adoptivbarn krävs dessutom att barnet genomgått adoptivbarnsundersökning.

F.2 Vad är ett olycksfall och/eller sjukdom

Olycksfallsskada

Är en kroppsskada som drabbar den försäkrade genom ofrivilligt, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld). Kroppsskada som uppkommer genom värmeslag, solsting eller förfrysning, samt smitta till följd av fästingbett jämföras med olycksfallsskada. Även vridvåld mot knä samt hälseneruptur jämföras med olycksfallsskada.

För att en olycksfallsskada enligt försäkringsvillkorens mening ska föreligga måste de fyra kriterierna (kroppsskada, ofrivillig, plötslig, yttre händelse) var uppfyllda. Detta kan medföra att händelser som i dagligt tal kallas olycksfall inte är en olycksfallsskada.

Sjukdom

Är en konstaterad försämring av hälsotillståndet, fysiskt eller psykiskt, under försäkringstiden och som inte är en olycksfallsskada enligt ovan. Sjukdomen anses ha inträffat den dag försämringen konstaterades av behörig läkare första gången.

Såsom sjukdom eller olycksfallsskada räknas inte kroppsskada som uppkommit på grund av:

- användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte orsakats av olycksfallsskada eller sjukdom som omfattas av dessa försäkringsvillkor,
- kroppsskada som orsakats frivilligt,
- graviditet, förlossning och/eller abort,
- smitta genom virus eller bakterier inte heller intagande av mat eller dryck som lett till förgiftning eller smitta,
- förslitningsskada, ensidig rörelse eller artros*, sjukliga förändringar*, överansträngning, eller ensidig rörelse,
- skada som uppkommit genom att den försäkrade gjort sig skyldig till kriminell handling, om barnet är över 18 år,
- skelning och brytningsfel, som inte orsakats av sjukdom,
- dyslexi, dyskalkyli och kortvuxenhet,

*Nedan anges ett par exempel på vad sjuklig förändring kan vara:

Artros är oftast en åldersförändring, men i de fall det inte har med åldern att göra är artros en sjuklig förändring.

Om en överansträngning inte läker ut och det blir en bestående skada av överansträngningen, är det en sjuklig förändring.

F.3 Utbetalning av ersättning

Är den försäkrade under 18 år utbetalas eventuell sjukvårdsersättning och vårdnadsbidrag till den vårdnadshavare där den försäkrade är folkbokförd. Från och med försäkrads 18 års ålder utbetalas ersättningen till den försäkrade. Invaliditetsersättning och ersättning vid bestående ärr, som överstiger ett prisbasbelopp, och den försäkrade är under 18 år, utbetalas till ett konto med överförmyndarspär.

F.4 Ingående ersättningsmoment

Ingående ersättningsmoment Olycksfall:	Ingående ersättningsmoment Sjukdom:
<ul style="list-style-type: none"> • läkekostnader, • tandskadekostnader, • resekostnader, • merkostnader, • rehabilitering- & hjälpmedelskostnader, • ersättning vid sjukhusvistelse och vård i hemmet, • invaliditet (medicinsk och ekonomisk), • bestående ärr • stöd vid vårdbidrag/omvårdnadsbidrag • krishjälp, • dödsfallskapital. 	<ul style="list-style-type: none"> • ersättning vid sjukhusvistelse och vård i hemmet, • invaliditet (medicinsk och ekonomisk), • bestående ärr • stöd vid vårdbidrag/omvårdnadsbidrag • krishjälp, • dödsfallskapital.

F.5 Allmänt om ersättning för kostnader (läke-, rese-, tandskade-, mer- & rehabiliteringskostnader)

Ersättning lämnas för skäligena och nödvändiga läke-, tandskade-, rese-, rehabiliterings- och merkostnader till följd av olycksfallet. Kostnader ska verifieras med originalkvitton och/eller intyg om utbetalad reseersättning.

Försäkringsersättning för kostnader lämnas under längst 3 år räknat från skadetillfället. Olycksfallsskada som medfört en invaliditet, men där inte slutreglering kunnat ske inom 3 år, lämnas ersättning tills att slutreglering kunnat ske. Har invaliditetsersättning utbetalats lämnas inte någon ytterligare försäkringsersättning för kostnader.

Försäkringen ersätter endast kostnader som skulle ha ersatts om den försäkrade varit ansluten till försäkringskassa i Sverige. Är den försäkrade inte ansluten till Försäkringskassan, lämnas ersättning för de kostnader som skulle ersättas om försäkrad vore ansluten. Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader som uppstår utanför Norden.

F.6 Läkekostnader

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligena kostnader för vård och behandling av behörig läkare, vård på sjukhus samt behandling och hjälpmedel som behörig läkare föreskrivit för skadans läkning. Försäkringsersättning lämnas för offentligt subventionerad vård och endast upp till gällande högkostnadsskydd.

För sjukhusvård medges försäkringsersättning för den av landstingen fastställda dygnsavgiften. Om den försäkrade fått remiss till sjukgymnast, men väljer alternativ behandling, lämnas försäkringsersättning för sådan behandling upp till motsvarande patientavgiften vid sjukgymnastik i offentlig vård.

Försäkringen ersätter inte:

- privat behandling eller vårdkostnader för privat vård utomlands eller i Sverige

F.7 Resekostnader

Vid vård och behandling som föreskrivits av behörig läkare för skadans läkning, lämnas försäkringsersättning för resekostnader.

Försäkringskassa/arbetsgivare och/eller skol-/kommunförsäkringen ska i första hand lämna ersättning för utökade reskostnader avseende resor mellan den försäkrades bostad och skola eller arbetsplats.

Ditt hälsotillstånd avgör vilket färdstätt som försäkringsersättning lämnas för. Behörig läkare ska styrka ditt behov, och försäkringsersättningen lämnas för det billigaste färdstättet som ditt hälsotillstånd medger. För resa med egen bil lämnas försäkringsersättning enligt Skatteverkets riktlinjer.

Försäkringen ersätter inte:

- resa med förmånsbil eller tjänstebil där kostnad inte uppkommit
- resa med privatbil som lånats utan kostnad

F.8 Tandskadekostnader

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligena kostnader för behandling av tandskada av behörig tandläkare vid olycksfallsskada. Skada på implantat och tandprotes som fanns på plats i munnen när den skadades, räknas även som tandskada.

För försäkringsersättning av uppkommen behandling av tänder i Sverige krävs att behandlingen omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Behandling av implantat ersätts inte om denna behandling inte omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Alla kostnader för behandling av tänder ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

Försäkringsersättning lämnas för behandling av tänder inom 5 år räknat från skadetillfället. Om behandling av tänder kräver att denna görs vid en senare tidpunkt på grund av den försäkrades ålder, ersätts denna behandling om den utförs innan den försäkrades 30 års dag. Sådan uppskjuten tandbehandling ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

Har slutbehandling skett av den försäkrades tandskada och försäkringsersättning betalats, lämnas ingen ytterligare försäkringsersättning.

Om tandbehandlingsbehov redan förelåg vid skadetillfället på de skadade tänderna, har försäkringsgivaren rätt, och kan justera ner försäkringsersättningens storlek.

Försäkringen ersätter inte:

- tandskada uppkommen genom bitning eller tuggning
- tandskada uppkommen genom sjukdom i tandkött, tand och/eller inflammation

F.9 Merkostnader

Behöver den försäkrade behandlas av tandläkare eller läkare på grund av olycksfallsskada lämnas försäkringsersättning för:

- skäliga oundvikliga utökade merkostnader som uppstått till följd av olycksfallsskadan, under skadans akuta läknings- och behandlingstid, lämnas försäkringsersättning med maximalt 3 prisbasbelopp.
- kläder och andra normalt burna personliga tillhörigheter som skadats vid olycksfallet t ex. cykelhjälm, glasögon och skor, lämnas försäkringsersättning med maximalt 0,5 prisbasbelopp.

Nedanstående värderingstabell används av försäkringsgivaren vid försäkringsersättning av personliga tillhörigheter. Tabellen visar värdet i procent av nypriset beroende av åldern på föremålet.

Ålder	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5 år eller äldre
Procent	100	80	60	40	20	0

Försäkringen ersätter inte:

- merkostnader i näringsverksamhet

F.10 Rehabilitering och hjälpmedel

Om förändringar i boendemiljö, förändringar i andra levnadsförhållanden eller särskilda hjälpmedel behövs på grund av den försäkrades olycksfallsskada, lämnas försäkringsersättning med maximalt 2 prisbasbelopp. Kostnaderna ska vara skäliga och uppstått efter tiden då behandlingen var akut, samt i förväg godkänts av försäkringsgivaren.

Med rehabiliterande behandling menas här, åtgärder av medicinsk art, vård, behandling, träning eller omskolning som efter den akuta behandlingstiden görs för att minska invaliditeten, och förbättra funktionsförmågan. Som rehabilitering räknas inte åtgärder som syftar till att upprätthålla den försäkrades funktionsförmåga som den försäkrade fått efter olycksfallsskadan, så kallad underhållsbehandling anses inte som rehabilitering. Det krävs även att rehabiliteringen är begränsad i tid.

Ersättning kan lämnas för kostnaderna för:

- omskolning, arbetsträning och arbetsprövning (kompetenshöjande utbildning ersätts inte),
- av behandlande behörig läkare remitterad behandling och vård, maximalt 10 tillfällen behandlingen får inte påbörjas innan försäkringsgivaren har tagit del av remissen, som inte får vara äldre än 6 månader, och godkänt denna,
- kostnader av engångskaraktär såsom förändringar i den försäkrades huvudsakliga bostadsmiljö, andra levnadsförhållanden, dessa avsedda för att den försäkrade skall kunna få ett så normalt liv som möjligt. Standardhöjande åtgärder som leder till ökad kostnad ersätts inte,

- hjälpmedel med syfte att öka den försäkrades förmåga till rörelse och reducera en möjlig framtida invaliditet.

Försäkringen ersätter inte:

- kostnader för rehabilitering som uppstått i arbetet på grund av sjukdom eller olycksfallsskada, ej heller för skadlig inverkan i arbetet.

F.11 Krishjälp

Försäkrad som fyllt 16 år och råkat ut för ett traumatiskt tillstånd, omfattas av psykologkonsultationer, till följd av:

- Ersättningsbar olycksfallsskada enligt dessa villkor
- Nära anhörigs (förälder, syskon, mor/farförälder, make, sambo, den försäkrades barn) dödsfall
- Rån, hot eller överfallsskada som polisanmälts

Krismomentet gäller för försäkrad som privatperson (det vill säga ej för skador som inträffat i tjänsten).

Genom krismomentet ersätts högst 10 behandlingstillfällen per försäkrad och skada. Behandling ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren. Försäkringen ersätter även resor till och från ovanstående krisbehandling.

F.12 Ersättning vid sjukhusvistelse och vård i hemmet

Försäkringsersättning utgår när försäkrad är inskriven för vård på sjukhus på grund av sjukdom eller olycksfallsskada. Försäkring ska ha varit giltig då sjukdomen eller olycksfallsskadan inträffade.

Försäkringen ersätter:

Dag för dag från första inskrivningsdagen så länge försäkrad är inskriven för vård på grund av sjukdom eller olycksfall och vårdtiden överstiger 7 dagar. Permissionsdagar samt in- och utskrivningsdagar räknas in. Försäkringsersättningen är 300 kr per dag.

Försäkringsersättningen utgår under maximalt 180 dagar avseende samma sjukdom eller olycksfallsskada. Sjukdomsfall med medicinska samband ses som ett och samma fall.

Om försäkrad efter utskrivning åter blir inlagd på sjukhus inom 12 månader räknat från utskrivningsdagen för föregående vistelse, för vård av samma sjukdom eller olycksfallsskada, är försäkrad berättigad till ytterligare ersättning från den nya inskrivningsdagen under förutsättning att de 180 dagarna av ersättning inte är förbrukade.

För sjukhusbesök inom öppenvården lämnas ingen ersättning.

Försäkringsersättning för vård i hemmet lämnas under maximalt 30 dagar med belopp som är samma som för sjukhusvistelse. Ersättning utgår från och med dagen efter hemkomst från sjukhus.

Förutsättning för försäkringsersättning är:

- att det försäkrade barnet är under 16 år
- att det är medicinsk motiverat och styrkt av läkare genom intyg för anhörigs möjlighet att vårda barnet i hemmet, och av läkare intygat hur länge vården krävs
- att det försäkrade barnet varit inskriven för vård på sjukhus
- att behov av vård fortfarande föreligger två veckor räknat från första vårddagen på sjukhus
- Försäkringsersättning betalas ut till barnets vårdnadshavare när den ersättningsgrundande vårdperioden är slut.

F.13 Invaliditet

Det görs skillnad mellan medicinsk och ekonomisk invaliditet vid bedömningen av invaliditetsgraden.

Medicinsk invaliditet är den fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättning.

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas av behörig läkare, oberoende av dina arbetsförhållanden, yrke eller sysselsättningar på fritiden. Förlust av inre organ eller bestående ärr räknas även som medicinsk invaliditet.

Ekonomisk invaliditet är den medicinskt objektiva förlusten av arbetsförmåga som olycksfallet eller sjukdomen medfört. Arbetsförmågan måste vara bestående nedsatt med minst 50% när samtliga möjligheter till annat yrke prövats.

Om den försäkrade för samma skada har rätt till ersättning för både medicinsk och ekonomisk invaliditet betalas endast den högsta av ersättningarna. Om ersättning för medicinsk invaliditet har utbetalats så avräknas denna från ersättningen för ekonomisk invaliditet.

Efter försäkrads 30 års dag lämnas inte ersättning för tillkommande medicinsk och/eller ekonomisk invaliditet. Försäkringsersättning utgår aldrig för invaliditet som förelåg före försäkringens begynnelse dag.

F.14 Medicinsk invaliditet

När den försäkrades kroppsfunction övergått i ett permanent men inte livshotande tillstånd på grund av sjukdomen eller olycksfallsskadan och medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunction, utbetalas invaliditetsersättning. Detta sker tidigast 1 år räknat från den tidpunkt då sjukdomen/olycksfallet inträffade och att försäkringen under tiden för sjukdomen/olycksfallet var gällande.

Fastställande av slutgiltig invaliditetsgrad ska om möjligt ske inom 3 år från sjukdomen/olycksfallsskadan, men kan uppskjutas så länge detta enligt medicinsk erfarenhet är nödvändigt.

Vid bedömning av invaliditetsgraden beaktas protesfunktion om den försäkrades funktionsförmåga förbättras genom användning av denna. Motsvarande gäller korrektion vid syn- och hörselskador vilken kan ske med hjälp av glasögon, kontaktlinser och hjälpmedel vid hörselnedsättning. Bedömningen görs oberoende av vilken grad den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms enligt tabellverket "Gradering av medicinsk invaliditet", utgiven av Svensk Försäkring.

Hur beräknas ersättningen

Försäkringsbeloppet för fullständig invaliditet (100 procent) framgår på försäkringsbeskedet och är den ersättning den försäkrade maximalt kan få.

Ersättning utbetalas med så stor del av försäkringsbeloppet, som motsvarar den medicinska invaliditetsgraden. Invaliditetsgrad som uppgår till 80 procent eller mer ersätts med 100 procent av försäkringsbeloppet.

Har sjukdomen/olycksfallsskadan medfört skador på flera kroppsdelar så att den totala invaliditetsgraden överstiger 100 procent, begränsas ersättningen till det försäkringsbelopp som gäller vid fullständig invaliditet.

F.15 Ekonomisk invaliditet

Med ekonomisk invaliditet menas en av försäkringsgivarens bedömning för framtiden bestående nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga med minst 50 procent till följd av sjukdomen/olycksfallsskada. Den försäkrades arbetsförmåga bedöms bestående nedsatt när samtliga dina möjligheter till arbete i annat yrke prövats.

Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att inhämta ytterligare oberoende utlåtande och/eller begära att den försäkrade genomgår en läkarundersökning hos särskild anvisad läkare.

Fastställande av invaliditetsgrad

Den slutliga invaliditetsgraden ska fastställas inom 5 år från den tidpunkten för den inträffade sjukdomen/olycksfallsskadan. Fastställandet kan dock skjutas upp så länge det finns möjlighet till yrkesinriktad rehabilitering.

Den försäkrades invaliditetsgrad bestäms utifrån den förlust av arbetsförmåga som sjukdomen/olycksfallsskadan medfört. Det betyder att det är endast sjukdomen/olycksfallsskadans del av arbetsförmågan som bedöms och påverkar försäkringsersättningen. Om den försäkrade har drabbats av flera skador vid olika tillfällen, måste en av dessa skador ensamt medföra bestående nedsättning med minst 50 procent av full arbetsförmåga för att den försäkrade ska ha rätt till ersättning. Med full arbetsförmåga avses den försäkrades förmåga att fullgöra motsvarande en heltidstjänst.

Sjukdomen eller olycksfallsskadan måste medfört medicinsk invaliditet för rätt till försäkringsersättning för ekonomisk invaliditet.

Hur beräknas ersättningsbeloppet

Försäkringsbeloppet för fullständig invaliditet (100 procent) framgår av försäkringsbeskedet och är den ersättning den försäkrade maximalt kan få.

Invaliditetsersättning utbetalas när den försäkrades framtida arbetsförmåga är bestående nedsatt med minst 50 procent av full arbetsförmåga på grund av sjukdomen/olycksfallsskadan. Detta sker tidigast 2 år räknat från tidpunkten för den inträffade sjukdomen/olycksfallsskadan och/eller tidigast vid den försäkrades 19 årsdag.

Att Försäkringskassan har beviljat aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning, sjukpenning eller rehabiliteringspenning är en omständighet som inte är avgörande för försäkringsgivarens ersättningsbedömning.

Befintlig sjuk- eller aktivitetsersättning

Om den försäkrade vid skadetillfället uppbar sjukersättning, aktivitetsersättning eller annan motsvarande ersättning enligt lagen om allmän försäkring på grund av bestående arbetsförmåga, lämnas högst så stor ekonomisk invaliditetsersättning som svarar mot förlusten av resterande arbetsförmåga.

Detta innebär att det endast är sjukdomen eller olycksfallets del i arbetsförmågan som ska bedömas och att försäkringen endast ersätter denna del.

F.16 Slutreglering och utbetalning

Slutreglering

När den medicinska eller den ekonomiska invaliditeten är fastställd görs slutreglering av skadan.

Förskottsutbetalning

Försäkrad kan i särskilda fall, innan slutreglering skett, ansöka om att få förskottsutbetalning på invaliditetsersättning. Ett sådant förskott kommer svara mot den lägst förväntade invaliditetsersättningen och detta avräknas från den slutgiltigt fastställda invaliditetsersättningen.

Ersättning vid inträffat dödsfall

Om den försäkrade avlider inom 12 månader från den dag skadan inträffade utbetalas ingen invaliditetsersättning. Om den försäkrade avlider efter 12 månader från den dag skadan inträffade utbetalas den medicinska invaliditeten som med säkerhet kan fastställas ha förelegat när dödsfallet inträffade. För ekonomisk invaliditet lämnas ingen ersättning. Utbetalning sker till den försäkrades dödsbo.

Koppling till prisbasbelopp

Är försäkringsbeloppet kopplat till att följa prisbasbeloppet, bestäms försäkringsbeloppet av det prisbasbelopp som gäller det år försäkringsgivaren betalar ut försäkringsersättningen.

F.17 Möjlighet till omprövning

Invaliditet

Om sjukdomen eller olycksfallsskadan medfört att försäkrades kroppsfunction betydligt försämrats eller att försäkrad förlorar ytterligare arbetsförmåga efter det att slutgiltig reglering skett, har försäkrad före 30 års ålder rätt att komma tillbaka och få invaliditetsgraden prövad igen. Denna begäran skall vara skriftligt framställd och påvisa;

Det skall objektivt kunna fastställas att en ökad arbetsförmåga eller markant försämrad kroppsfunction uppstått. Försäkringsgivaren har rätt att avgöra vilka underlag som ska inhämtas och bedömas.

Försäkringsgivaren avgör vilka bedömningsunderlag som ska införskaffas och kostnaden för eventuellt nytt invaliditetsintyg betalas av den försäkrade till dess att en försämring av kroppsfunctionen objektivt kunnat fastställas.

F.18 Ersättning vid dödsfall

Försäkringen betalar ersättning vid dödsfall som sker under försäkringstiden, oavsett orsak. Dödsfallskapitalet är 1 prisbasbelopp och utbetalas till barnets dödsbo.

F.19 Bestående ärr efter sjukdom/olycksfallsskada

Ersättning för ärr som kvarstår 2 år efter bekräftad och godkänd skada som inträffat under försäkringsgivarens ansvarstid kan generera ersättning, och ersättning utbetalas efter bolagets fastställda tabellverk. Ett absolut krav för att ersättning ska kunna lämnas är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling har krävts. Med behandling avses här att läkaren vidtar någon behandling, exempelvis att sårskadan måste sys. Ersättning lämnas i procent av försäkringsbeloppet som gäller för medicinsk invaliditet dock maximalt 20 prisbasbelopp. Ärrersättning lämnas ej för bagatellartade ärr.

F.20 Stöd vid omvårdnadsbidrag

Då barnets vårdnadshavare blir beviljad vård/omvårdnadsbidrag från Försäkringskassan lämnas försäkringsersättning för regelbundna merkostnader för särskild vårdtillsyn på grund av barnets sjukdom och/eller olycksfallsskada.

Förutsättningar för ersättning:

Vård/omvårdnadsbidrag måste beviljats och uppkommit under tid försäkringen var gällande.

Ersättning:

Försäkringsersättning lämnas under tid som vård/omvårdnadsbidrag beviljats dock maximalt under tre år. Försäkringsersättningen betalas ut per månad i efterskott.

Ersättning lämnas längst till och med juni månad det år barnet fyller 19 år, därefter upphör försäkringsersättningen.

Ersättningens storlek:

Ersättning betalas med 33/66/99/132 kronor per dag beroende på om vård/omvårdnadsbidrag har beviljats med 25/50/75/100%.

Ersättningen betalas ut med maximalt 132 kr per dag, oavsett antalet vårdnadshavare som är berättigade till ersättning från Försäkringskassan.

Försäkringsersättningen ändras om nivån på vård/omvårdnadsbidraget ändras under förutsättning att försäkringen är i kraft. Sådan ändring skall snarast anmälas till försäkringsgivaren.

Försäkringsersättningen upphör den dag då vård/omvårdnadsbidraget upphör. Om vård/omvårdnadsbidraget skulle avse flera barn, bestäms försäkringsersättningen utifrån den nivå som rimligen skulle beviljats om beslutet om vård/omvårdnadsbidrag endast omfattat det försäkrade barnet.

F.21 Allmänna Begränsningar

Detta ersätts aldrig av försäkringen:

- Olycksfall eller sjukdom som inträffat före försäkringens begynnelse och/eller följer därav.
- Privat behandling eller privat vård utomlands eller i Sverige och med detta relaterade vårdkostnader.
- Tillstånd såsom sjukliga förändringar, lyte och åldersförändringar som av medicinsk erfarenhet inte bedöms bero på en olycksfallsskada eller sjukdom.

- Försäkringen gäller inte för sjukdom, kropps fel eller psykisk utvecklingsstörning, och inte heller för följder av sådana tillstånd, där symtomen visat sig innan försäkringen började gälla, även om diagnos kan fastställas först vid senare tidpunkt.
- Invaliditet som förelåg redan när försäkringen tecknas berättigar aldrig till ersättning. Det samma gäller kosmetisk defekt.

F. 22 Begränsningar och undantag

Försäkringen gäller inte för:

Försäkringen gäller inte för sjukdom, kropps fel, funktionshinder eller psykisk utvecklingsstörning och inte heller för följder av sådana tillstånd, där symptomen visat sig innan försäkringen började gälla, även om diagnos fastställts först vid senare tidpunkt. Ej heller om det genom medicinsk erfarenhet är sannolikt att:

- anlag till åkomman har funnits vid födelsen, eller
- åkomman funnits sedan födelsen eller har sitt ursprung i en sjukdom som uppkommit under första levnads månaden, eller
- åkomman har uppkommit till följd av sjukdomar eller skador under graviditet eller förlossning.

Exempel på åkommor som kan bedömas funnits sen födseln:

- blödarsjuka (hemofili UNS) D66, D67
- cerebral pares G80.9
- cystisk fibros E84.9
- infantil spasm G40.4
- muskelsjukdomar M62.9
- neurologiska hörselnedsättningar (hörselnedsättning UNS) H91.9
- sensoriell hörselnedsättning H90.5

Om symptom på sådan åkomma inte framkommit när det försäkrade barnet fyllt 6 år och genomfört sista obligatoriska undersökning vid barnavårdscentral, eller annan likvärdig undersökning av barnläkare, tillämpas inte ovanstående begränsning enligt de uppräknade åkommorna.

Har det försäkrade barnet inte genomfört sin sista obligatoriska undersökning vid barnavårdscentral eller annan likvärdig undersökning av barnläkare, gäller undantaget för bland annat de ovanstående uppräknade åkommorna, t o m det försäkrade barnets 8 års dag.

Sjukdomar och sjukdomstillstånd som är helt undantagna:

Försäkringen gäller inte för psykiska sjukdomar och/eller beteendestörningar som enligt ICD klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99. Vid dödsfallsersättning tillämpas inte ovanstående undantag.

Kostnader som ersätts från annat håll

Försäkringen ersätter inte kostnader som ska ersättas från annat håll enligt lag, konvention, författning, kollektivavtal eller annan försäkring t ex. skolförsäkring, trafikförsäkringen, särskilt tecknad patientförsäkring, trygghetsförsäkringen vid arbetsskada eller hemförsäkringens resemoment.

F. 23 Rätt att teckna vuxenförsäkring vid uppnådd slutålder

Försäkrad har i direkt anslutning till att försäkringen upphör, vid utgången av det kalenderår varunder försäkrad fyller 25 år, rätten att teckna sjuk- och olycksfallsförsäkring (vuxen) till lägsta försäkringsbelopp. Försäkringen får tecknas utan hälsoprövning, med då gällande villkor, premier, försäkringsbelopp och övriga regler som gäller för sjuk och olycksfallsförsäkring, under förutsättning att sådan försäkring fortfarande är gällande. Villkor för vuxenförsäkring kommer även grundas på ditt hälsotillstånd då barnförsäkringen sjuk- och olycksfall tecknades.

Om ersättning för ekonomisk invaliditet utbetalats från barn- & ungdomsförsäkringen, saknas rätten till ytterligare ersättning på grund av ekonomisk invaliditet i den tecknade vuxenförsäkringen.

G. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING - BARN

G.1 Allmänt

Förutsättning för att kunna teckna Sjukvårdsförsäkring Barn är att gruppmedlem har beviljats och har en gällande Olycksfall Special försäkring enligt detta grupp-försäkringsvillkor.

Om det framgår av gruppavtalet och ansökningshandlingar finns möjlighet att teckna sjukvårdsförsäkring för gruppmedlemmens barn. Försäkringen omfattar gruppmedlemmens arvsberättigade barn. Även medförsäkrads arvsberättigade barn kan försäkras om de är folkbokförda på samma adress som gruppmedlemmen, så kallade hemmavarande barn. Barn som är skrivna på annan adress men där medförsäkrad har vårdnaden om barnet räknas även dessa som hemmavarande barn. Med försäkrad avses här fortsättningsvis det försäkrade barnet.

Grundvillkor för att teckna försäkring för barn är att barnet som ska försäkras:

- fyllt 4 år men inte 18 år. Försäkringens slutålder är 21 år.
- är folkbokförd inom Norden
- omfattas av allmän sjukvård genom nordisk försäkringskassa
- barnet är fullt friskt

Definition av fullt frisk: Med fullt frisk menas att barnet kan företa för sin ålder normal verksamhet och där föräldern för det försäkrade barnet inte har beslut om stöd p.g.a. funktionsnedsättning från Försäkringskassan.

G.2 Omfattning

2.1 Var sjukvårdsförsäkringen gäller

Sjukvårdsförsäkringen gäller för olycksfallsskada/sjukdom, oavsett var i världen den inträffar/uppstår. Ersättning lämnas dock endast för åtgärder och kostnader inom Norden under förutsättning att dessa utförs av leverantörer/vårdgivare som i förväg anvisats av försäkringsgivaren, och detta gäller första besöket och ev. återbesök, och som ingår i försäkringsgivarens vårdgivarnätverk. Försäkringen kan ersätta åtgärder och kostnader utanför Norden efter godkännande i förväg av försäkringsgivaren.

2.2 Vad Sjukvårdsförsäkringen ersätter

Försäkringen ersätter utgifter för operationer och andra avgifter för läkare i samband med sjukhusvård. Försäkringen ersätter vårdprocess som har till syfte att läka eller förbättra det medicinska tillståndet. Konsultationer hos specialister och generella förberedande och nödvändiga undersökningar, tester och provtagning, ersätts bara i direkt och omedelbar anslutning till behandlingen, normalt längst 6 månader från skadans uppkomst, om de är godkända i förväg av försäkringsgivaren och värderas som rimliga och relevanta för att få klarhet i om den försäkrade lider av en sjukdom eller för att kontrollera en utförd behandling. Aktuella ersättningar framgår av gällande Ersättningsöversikt. Vissa behandlingar finns bara inom den offentliga vården och kan därför inte bokas av oss.

2.3 Sjukvårdsrådgivning/ Vårdplanering

Försäkringen ger den försäkrade rätt till sjukvårdsrådgivning samt vårdplanering och tidsbokning av legitimerade sjuksköterskor per telefon på vardagar mellan kl. 08:00 – 17:00. Sjukvårdsförsäkringen är till för planerad vård d.v.s. försäkringen lämnar inte ersättning för akuta skador. För försäkring med krav om remiss gäller ovanstående endast efter att försäkringsgivaren mottagit denna samt bekräftat och godkänt behandling.

2.4 Utökad sjukvårdsrådgivning

Försäkringen ger tillgång till rådgivning samt vårdplanering av all slags vård inom den privata vårdsektorn, det vill säga även den vård som inte omfattas av denna försäkring på grund av försäkringens villkor eller på grund av att den försäkrade fått ett undantag för en viss åkomma. Kostnad för sådan vård betalas av den försäkrade. Utökad sjukvårdsrådgivning omfattar inte akut sjukvård eller försäkring med remisskrav.

2:5 Transportkostnader

Försäkringen täcker den försäkrades nödvändiga och skäligen rese- och logistikostnader om behandlingen som försäkringen erbjuder finns längre bort än 100 km från den försäkrades permanenta bostad. Försäkringen lämnar då ersättning för hela resekostnaden och kostnad för logi med maximalt 1 500 kr per dygn. Resekostnader för avstånd kortare än 100 km ersätts inte.

Om den försäkrade ska genomgå en större operation kan försäkringen också ersätta en nära anhörigs rese- och logistikostnader (gäller för en person). Innan resan påbörjas ska sjukvårdsservice kontaktas för godkännande och alla ersättningsberättigade transportkostnader och logistikostnader ska alltid godkännas i förhand av försäkringsgivaren. Ersättning lämnas för det billigaste färd sättet som hälsotillståndet medger.

2:6 Vårdgivare och behandlingsmetoder

Läkare, specialister osv. som ger behandling måste ha behörighet i det land där de praktiserar sitt yrke. Dessutom ska metoden vara godkänd av de offentliga hälsovårdsmyndigheterna i landet där behandlingen äger rum. Behandlingsmetoder som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet ersätts inte.

Behandlingsmetoder som ännu inte är godkända av de offentliga hälsomyndigheterna men är under vetenskaplig utredning, kan bara ersättas om de är godkända i förväg av försäkringsgivaren, och om de finns i försäkringsgivarens vårdgivarnätverk.

2:7 Ersättningsbelopp och självrisk/remiss

Försäkringen täcker maximalt upp till SEK 2 000 000 kr per försäkrad och år. Kostnaderna ska vara på förhand godkända av försäkringsgivaren och all vård ska vara förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering.

Försäkringen gäller med olika självriskalternativ eller krav på Remiss enligt Gruppvillkor. Självrisk eller krav om Remiss framgår av gällande försäkringsbesked. Remissen ska vara utfärdad av läkare och får inte vara äldre än tre månader.

Om försäkringsfallet pågår under längre tid än ett år betalar försäkrad en ny självrisk vid första konsultationen i varje ny tolv månadersperiod. Sjukdom, symptom eller åkommor som ex förkylning och infektioner räknas som nytt skadefall vid varje insjuknandetillfälle.

G.3 Ersättningsöversikt

Inte i något fall får ersättningen överstiga räkningsbeloppet. Erhåller den försäkrade ersättning från försäkringsgivaren utöver det belopp som han/hon är berättigad till, är den försäkrade skyldig att utan dröjsmål återbetala det överskjutande belopp. Alla efterföljande betalningar som görs till försäkringsgivaren skrivs först av mot sådana utestående fordringar. I annat fall kommer försäkringsgivaren att reglera överskjutande belopp i annat mellanhavande mellan parterna. Ersättningsbeloppen är begränsade till normala, sedvanliga och skäligen kostnader i regionen eller landet där behandlingen ges. Avseende kostnader som uppstår utanför Sverige: Där det i försäkringsvillkoren finns en begränsning till högkostnadsskydd, ersätts kostnaden upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige.

Sjukhusvistelse, operationer, behandlingar m.m.	
Vård exkl. behandlingar, per sängdygn	100 %
Vård på intensivavdelning, exkl. behandlingar	100 %
Operationer	100 %
Då sjukhus eller klinik använder sig av fast dagspris, inkl. behandlingar och operationer, per säng och dag	100 %
Laboratorie- och röntgenundersökning, skanning och annan läkarbehandling vid inläggning:	100 %
Försäkringen ersätter kostnader för tillfälligt hjälpmedel för skadans läkning som behörig läkare föreskrivit efter operation/behandling. Ersättning lämnas för max ett exemplar av det aktuella hjälpmedlet per skada.	100 %
Receptbelagd medicin i samband med sjukhusvistelse och/eller behandling. Försäkringen ersätter offentligt subventionerade läkemedel upp till högkostnadsskyddet i offentlig vården, dock i max 6 månader från första behandlingsdag.	100 %
För för- och efterbehandling, samt kontroller som ordinerats av läkare efter operation/behandling och som är godkända i förväg av vårdplaneringen, lämnas ersättning i max. sex månader från första behandlingsdag Anlitas i stället offentligvården lämnas ersättning för patientavgiften med upp till maximalt 1 högkostnadsskydd.	100 %
Rekonstruktiv kirurgisk behandling efter olycksfall eller till följd av kirurgiskt ingrepp vid vissa allvarliga sjukdomar. Behandlingen skall vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren	100 %
Cancerbehandling; cancer- och cellprover, medicin max 6 månader, konsultationer och behandling, utförd av experter som även innefattar cellgiftsbehandling och strålbehandling	100 %
Specialistvård, diagnos, förberedande undersökning och efterbehandling	
Konsultation hos specialistläkare*	100 %
Laboratorieundersökning, röntgenundersökning och skanning*	100 %
Andra undersökningar ordinerade av specialistläkare*	100 %
*Ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren	
Rehabilitering	
Läkarordinerad rehabilitering i samband med att den försäkrade är inlagd på auktoriserad behandlingsplats anvisad av remitterande läkare och godkänd av vårdplaneringen, dock max. sex månader i ett behandlingsförlopp.	100 %
Sjuksköterska i hemmet	
Vid läkarordination återbetalas utgiften för legitimerad sjuksköterska i hemmet, maximalt 30 dagar per försäkringsår:	100 %
Kostnader inom offentlig vård	
Patientavgifter ersätts endast i de fall där behandlingen i förväg är godkänd av försäkringens vårdplanering och där vårdbehovet faller inom försäkringens villkor. Vidare vårdplanering och tidsbokning skall alltid skötas av försäkringens vårdplanering. Patientavgifter ersätts maximalt upp till högkostnadsskyddet.	100 %
Sjukgymnastik/fysioterapi, behandling hos kiropraktor samt naprapat	
Behandling hos legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut*	100 %
Behandling hos legitimerad kiropraktor, legitimerad samt naprapat*	100 %
*Behandlingen ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren. Ersätts vid max tio behandlingstillfällen per skada.	
Sjukgymnastik/fysioterapi/kiropraktorbekandling, efterbehandling efter sjukhusvistelse/operation	
Utöver ovanstående tio behandlingar kan försäkringen lämna ersättning för läkarordinerad sjukgymnastik/fysioterapi och/eller behandling hos kiropraktor efter operation samt efterbehandling i samband med operation, dock i max. fyra månader från första behandlingsdag.	100%
Behandling hos legitimerad psykolog och/eller psykoterapeut	
Läkarordinerad psykologhjälp hos legitimerad psykolog och/eller psykoterapeut. Ersätts vid max tio behandlingstillfällen per skada och/eller max tio timmar	100 %
Behandlingen ska ske mot bakgrund av läkarordination och behandlingsförloppet ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren.	
Transporter/ resor/ logi	
Försäkringen ersätter i förhand godkända rese- och logikostnader som uppstår i samband med ersättningsbar behandling. Jmf punkt 12.2.5. Behandlingen ska ske mot bakgrund av läkarordination och behandlingsförloppet ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren.	100 %
Dietist	
Läkarordinerad konsultation hos auktoriserad dietist, dock max fem konsultationer per försäkringsår. Behandlingen ska ske mot bakgrund av läkarordination och behandlingsförloppet ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivarens vårdplanering.	100 %
Missbruksavvänjning (alkohol, narkotika eller medicin)	
Ersättning lämnas för behandling av missbruk av alkohol, narkotika eller medicin vid enbart 1 (ett) behandlingstillfälle. Behandlingen ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivarens vårdplanering.	100 %
Försäkringen betalar för avvänjning (av alkohol, narkotika och/eller medicin), och ansvarar för behandlingkostnad vid 1 (ett) behandlingstillfälle.	
Den försäkrade kan under hela försäkringstiden maximalt erhålla ersättning för behandling av missbruk med:	60 000 kr

G.4 Service och vårdgaranti

Servicegaranti – Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till bokad besök hos läkare inom 4 helgfria arbetsdagar från det att försäkringsgivarens vårdplanering mottagit samtal från den försäkrade där behov av ett besök hos läkare avtalats. Om behandlingen/undersökningen består av flera läkarbesök gäller servicegarantin det första besöket. Om behandlingen/undersökningen måste senareläggas av medicinska skäl eller att försäkrad inte accepterat tiden för besöket, gäller inte servicegarantin.

Vårdgaranti – Försäkringsgivaren lämnar garantiersättning för ett och samma skadefall om godkänd operation förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering inte genomförts inom 20 helgfria arbetsdagar under förutsättning att följande uppfyllts:

- att remiss för operation är utfärdad av specialistläkare,
- att försäkringsgivaren fått kännedom om remiss eller ordination,
- att försäkringsgivarens vårdplanering erhållit nödvändiga underlag för att godkänna operation.

Garantiersättningen utgår med 500 kr per dygn till dess att operation genomförts. Garantiersättningens storlek är maximerad till att uppgå till 10 000 kr för den försäkrade. Garantin gäller ej om den försäkrade inte kan opereras av medicinska skäl, eller uteblir från inbokad behandling eller tackar nej till inbokad tid för operation. Service- och vårdgaranti gäller för vård och operationer inom försäkringsgivarens vårdgivarnätverk, som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Norden.

G.5 Vaccinationsservice

Genom försäkringsgivarens sjukvårdsrådgivning ger försäkringen den försäkrade tillgången till allmän information om vaccination för till exempel utlandsvistelse samt hjälp att boka tid för vaccination. Kostnaden för vaccination betalas av den försäkrade.

Vaccinationsservice gäller inte försäkring med remisskrav.

G.6 Second Opinion

Försäkringen möjliggör för den försäkrade att i vissa fall rätt få ytterligare en medicinsk bedömning (Second Opinion) av en av försäkringsgivaren i förväg godkänd specialist.

Ersättningen för Second Opinion är maximerad till 10 000 kr.

Rätt till Second Opinion gäller om den försäkrade står inför svåra medicinska ställningstaganden avseende vård eller behandling på grund av en allvarlig livshotande sjukdom som ersätts av försäkringen, förutsatt att:

- behandlingen kan innebära särskilda risker,
- valet har betydelse för framtida livskvalitet och,
- det inte står helt klart vilken behandling som är lämpligast i det aktuella fallet.

G.7 Begränsningar i rätten till ersättning

Om inget annat framgår av försäkringsbeskedet så gäller försäkringen inte för någon befintlig åkomma, varmed avses åkomma som har varit journalförd, behandlad eller känd av den försäkrade innan försäkringen började gälla.

Befintlig åkomma omfattas dock av försäkringen efter att den försäkrade varit helt behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av två år närmast före det att ersättningsanspråk framställs p.g.a. sjukdomen eller besväret.

Försäkringen ersätter vårdprocess som har till syfte att varaktigt förbättra och/eller bota sjukdomen eller sjukdomstillståndet hos den försäkrade.

Vidare är försäkringsgivaren inte ersättningsansvarig för kostnader som avser, beror på eller har uppstått till följd av:

- förebyggande vård
- vård och behandling av diagnostiserad kronisk sjukdom/skada eller en icke behandlingsbar sjukdom/skada, som kräver livslång behandling
- kosmetisk kirurgi och behandling, såvida inte denna är medicinskt nödvändig och godkänd av försäkringsgivaren
- överviktsoperationer samt följer därav
- veneriska sjukdomar
- AIDS, AIDS-relaterade sjukdomar och sjukdomar relaterade till HIV-antikroppar (HIV-positiv)
- missbruk av alkohol, droger och/eller mediciner, (dock ersätts missbruksvård vid ett (1) behandlingstillfälle)
- avsiktligt självförvållad kroppsskada
- födelsekontroll, inklusive sterilisering
- framkallad abort, såvida inte denna är medicinskt ordinerad,
- vård som söks som en direkt följd av graviditet, födsel och efterbehandling
- varje slag av fertilitetstest och/eller fertilitetsbehandling, inklusive hormonbehandling, insemination eller undersökningar och alla procedurer relaterade till denna, inklusive kostnader för graviditet, födsel, för- och efterbehandling av barnet/barnen samt behandling av symtom och följer därav
- alla former av experimentell vård
- vård som inte ingår i medicinsk eller kirurgisk behandling, bland annat uppehåll på vårdhem, åldrvård, hospice, demensvård
- behandling av sexuell dysfunktion
- tandvård och tandkirurgiska operationer inklusive bettskena, oavsett orsak
- utredning, behandling och operation av sömnproblem/sjukdomar som snarkning, sömnapné, samt tillhörande medicinsk utrustning
- behandling av naturläkare eller homeopat samt medicinering med naturmedicin eller homeopatiska preparat samt andra alternativa behandlingsmetoder
- läkarintyg
- hälsointyg
- behandling av sjukdomar under militärtjänst
- behandling utförd av den försäkrade, hans/hennes partner eller föräldrar eller ett företag som ägs av någon av sagda personer
- epidemier där insatserna leds av offentliga myndigheter
- sjukdom som omfattas av smittskyddslagen eller följer därav
- synkorrigering och synkorrigering behandling
- logoped
- ett avtalat besök, behandling eller operation på en mottagning, sjukhus eller klinik där den försäkrade uteblivit, och inte till försäkringsgivarens vårdplanering/vårdgivaren avbokad senast 24 timmar innan behandlingstid. Kostnaden debiteras den försäkrade.
- professionell sport
- organtransplantation
- konvalescens
- dialysbehandling
- borttagning och kontroll av leverfläckar/födelsemärken om det inte finns misstanke om malignitet
- förebyggande hälsokontroller
- permanenta medicinska hjälpmedel, t.ex. hörapparat, fotbäddar, glasögon, linser mm
- utredning och/eller behandling av psykisk eller neuropsykiatrisk störning enligt ICD kod F00-F99.
- hyperhidros
- medfödda sjukdomar
- ätstörningar/anorexi/bulimi
- fibromyalgi och kroniska smärtsyndrom
- inkontinens eller följer därav
- förlorad arbetsinkomst
- utredning och behandling av åderbråck, varicer, venös insufficiens.

G.8 Ansvarstid och försäkringstid

Ansvarstid, det vill säga den längsta tid som ersättning kan lämnas för ett skadefall, är obegränsat fram till 21 års dagen – därefter är ansvarstiden ett år. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också ersättningen.

För försäkringsavtal utan möjlighet till vidare försäkring och/eller fortsättningsförsäkring för den försäkrade p.g.a. uppnådd slutålder är ansvarstiden för pågående skada 3 månader från försäkringens sista giltighetsdag.

Om försäkring tecknad av arbetsgivare eller organisation lämnas obetald under pågående skadefall är ansvarstiden 1 år räknat från första anmälningdagen. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som samma skadefall.

G.9 Kostnader som ersätts från annat håll

Sjukvårdsförsäkringen ersätter inte kostnader som ersätts på annat sätt, till exempel via annan försäkring (exempelvis trafik-, patientskade- eller arbetsskadeförsäkring).

G.10 Åtgärder vid skada

Anmälan av skadefall

Anmälan om sjukdom eller olycksfall som kan ge rätt till ersättning ska alltid göras till försäkringsgivarens vårdplanering så snart detta är möjligt. För aktuellt telefonnummer se försäkringsbeskedet.

Skadereglering

- Den försäkrade ska ombesörja att försäkringsgivaren erhåller begärda upplysningar och intyg som försäkringsgivaren bedömer nödvändiga för att fastställa rätten till ersättning och fortsatt behandling. Den försäkrade ska genomgå de läkarundersökningar som försäkringsgivaren begär och som bedöms erforderliga för att fastställa ersättningsrätten.
- Kostnaden för av försäkringsgivaren begärda intyg, journaler och undersökningar ersätts av försäkringsgivaren. Anspråk på ersättning ska styrkas med originalkvitton och tillställas försäkringsgivaren inom 90 dagar efter den dag när kostnaden uppstått dock senast inom ett år. Utbetalning ska ske senast inom en månad efter det att rätt till ersättning inträder, sedan den som gör anspråk på ersättning fullgjort vad som åligger honom enligt ovan.
- Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

H. OM VI INTE KOMMER ÖVERENS

Om försäkrad inte är nöjd med ett beslut ska försäkrad först vända dig till försäkringsgivaren och begära en omprövning. Begäran sänds till handläggaren eller till handläggarens närmaste chef. Om försäkrad efter förnyad kontakt med försäkringsgivaren ändå inte är nöjd finns nedanstående möjligheter att få ärendet omprövat.

Slutligt beslut i ett försäkringsärende kan prövas av försäkringsgivarens prövningsnämnd. Nämnden består av en utomstående expert med lång erfarenhet från personskadeområdet, en jurist samt försäkringsgivarens, skade- respektive riskbedömningschef.

Försäkringsgivarens prövningsnämnd

Knif Trygghets Forsikring c/o Vitea Life AB

Vasagatan 28, 111 20 STOCKHOLM

Tel.nr 08 – 86 08 88

info@vitealife.se

Är du som försäkrad trots detta är missnöjd kan du vända sig till:

Allmänna reklamationsnämnden (ARN)

Box 174, 101 23 Stockholm

Telefon: 08-508 860 00

Besöksadress: Teknologgatan 8 C, Stockholm

ARN prövar inte ärenden som rör medicinska frågor, där särskild medicinsk kunskap krävs.

Sådana ärenden prövas i stället av:

Personförsäkringsnämnden (PFN)

Box 24067, 104 50 Stockholm Telefon: 08-522 787 20

Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

För kostnadsfri rådgivning kontakta:

Konsumenternas försäkringsbyrå (KFB)

Box 24215, 104 51 Stockholm

Telefon: 08-22 58 00, 08-24 88 91

Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

Tvist med anledning av försäkringsavtalet prövas av svensk domstol, i första hand vid tingsrätt, och med tillämpning av svensk lag. Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

I. BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER

Behandling av personuppgifter sker enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter m.m. (GDPR). Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom Försäkringsgivarens koncern samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personuppgiftsansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU- och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringstagare/försäkrad som önskar upplysningar om vilka personuppgifter som behandlas kan efter skriftlig ansökan erhålla sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter. Sådan ansökan skall vara egenhändigt undertecknad och ange försäkrings eller personnummer samt ställas till Knif Trygghet Forsikring AS c/o Vitea Life AB, Vasagatan 28, 111 20 Stockholm, Sverige Se mer på www.vitealife.se/integritetspolicy.

J. DEFINITIONER/ORDLISTA

Akut sjukvård: Med akut sjukvård avses sådan vård som ges vid sjukdom och/eller olycksfallsskada som kräver omedelbart omhändertagande exempelvis benbrott, bröst- eller buksmärter.

Ansvartid: Den tid under vilken försäkringen lämnar ersättning för godkänt skadefall.

Arbetsförmåga: Med arbetsförmåga menas att den försäkrade har fått arbetsförmågan helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfallsskada och har rätt till socialförsäkringsförmån från Försäkringskassan. Nedsättningen bedöms normalt enligt Socialförsäkringsbalken (2010:110) om inte annat

anges. För att fastställa rätt till ersättning har försäkringsgivaren rätt att kräva att den försäkrade undersöks hos särskilt anvisad läkare.

Arbetstid: Arbetstid är sådan tid i verksamhet hos arbetsgivare, eller som egen företagare, som omfattas av lagen om arbetsskadeförsäkring. Som arbetstid betraktas också resor till och från arbetet.

Bestående arbetsförmåga: Arbetsförmåga som av försäkringsgivaren bedöms som livsvarig.

Existerande sjukdom: Existerande sjukdom gäller när sjukdomsförlopp, inklusive sjukdomar och åkommor har kommit försäkrade till kännedom eller att försäkrade borde känna till vid tidpunkten för anslutning till försäkringsavtalet. Existerande sjukdom kan ha samband arbetsförmåga och kan påverka rätten till anslutning till försäkringen.

Fullt arbetsför: För att anses som fullt arbetsför krävs följande:

- kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar
- inte varit sjukskriven mer än 14 dagar de senaste 90 dagarna
- inte till någon del uppbära sjuklön från arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk-/aktivitetsersättning – även vilande eller tidsbegränsad, handikappersättning eller annan liknande ersättning,) inte ha särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning, inte heller ha pågående eller vilande arbetsskadelivränta.

Fysisk sjukdom: Med fysisk sjukdom menas sjukdom av kroppslig (icke psykisk) karaktär.

Förskydd: Det premiefria försäkringsskydd som en ny gruppmedlem automatiskt ansluts till utan ansökan, och som gäller under förutsättning att den försäkrade är fullt arbetsför.

Försäkrad: Den person på vars liv eller hälsa en försäkring gäller.

Försäkringsbesked: Upplysningar som försäkringsgivaren enligt lag ska lämnas till de försäkrade efter att en gruppförsäkring har meddelats, och som ska innehålla viktiga upplysningar om de tecknade försäkringarna, deras omfattning och om viktiga begränsningar av försäkringsskyddet.

Försäkringsavtal: Ett avtal om försäkringsskydd som ingås mellan en försäkringstagare och försäkringsgivaren. Ett försäkringsavtal om gruppförsäkring grundas på ett gruppavtal och innefattar förköpsinformation och försäkringsansökan, dessa försäkringsvillkor, utfärdat försäkringsbesked samt försäkringsavtalslagen (FAL) och svensk rätt i övrigt.

Försäkringsberättigad grupp: Den grupp som anges i ett Gruppavtal och för vilken Gruppförsäkringen har upphandlats.

Försäkringsförmedlare: Med försäkringsförmedlare avses någon som för potentiella försäkringstagare lägger fram eller föreslår försäkringsavtal och utför annat förberedande arbete innan försäkringsavtal ingås med en försäkringsgivare.

Försäkringsgivare: Försäkringsgivare är det norska försäkringsföretaget Knif Trygghet Forsikring A/S. Försäkringsgivaren företräds enligt fullmakt i Sverige av sitt svenska dotterföretag Vitea Life AB, org. nr. 559321-3126, som även på eget ansvar förmedlar försäkringar för försäkringsgivarens räkning.

Försäkringstagare: En fysisk eller juridisk person som tecknat Gruppförsäkring.

Försäkringstid: Den tid den försäkrade omfattas av försäkringen.

Försäkringsperiod: Varje grupp har antingen en gemensam huvudförfallodag för samtliga försäkringar eller en individuell huvudförfallodag för varje försäkring. För nytilkomna kunder i gruppen med gemensam huvudförfallodag blir första försäkringsperioden den tid som är kvar till gruppens huvudförfallodag. Varje försäkringsperiod därefter blir tolv månader.

Försäkringsfall/Skadefall: Tidpunkt för försäkringsfallet är vid:

- Livförsäkring: den tidpunkt då den försäkrade avlidit
- Barnskydd: när rätt till utbetalning av Barnskydd inträder
- Olycksfall/Förtidskapital: när rätten till ersättning inträder
- Sjukinkomst: sjukperiodens början
- Avbrottsförsäkring: när rätten till ersättning inträder

Försäkringsfallet regleras enligt vid var tid gällande försäkringsvillkor. Förutsättning för rätt till ersättning är att tidpunkten för försäkringsfallet är under försäkringstiden och att premien är betald.

Förmånstagare: Den eller de personer som är berättigade att enligt försäkringsvillkoren eller ett särskilt förmånstagarförordnande erhålla ersättning från livförsäkring vid den försäkrades dödsfall.

Grupp: Det företag, organisation eller förening som ingått ett gruppavtal med försäkringsgivaren.

Gruppavtal: Det avtal som träffas mellan Knif som försäkringsgivare och en företrädare för en viss grupp och som definierar gruppen samt utgör en förutsättning för Grupp-försäkring och dess fortsatta giltighet.

Gruppföreträdare: Den som företräder Gruppen och som anges i Gruppavtalet.

Gruppmedlem: En person som enligt Gruppavtalet omfattas av eller har rätt att ansöka om Grupp-försäkringen.

ICD-kod: De angivna ICD-koderna refererar till den internationella statistiska klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem ICD-10, fastställd av Världshälsoorganisationen. ICD ska tillämpas även om klassifikationen ändras eller om diagnoskoder ändras eller tillkommer. Klassifikationen finns på Socialstyrelsens hemsida (www.sos.se)

Inte behandlingsbar åkomma/Kronisk Sjukdom: Behandling av besvär, där läkare bedömer att sjukdomen/skadan/besväret inte är behandlingsbar, eller där den försäkrades åkomma kräver livslång behandling, dock ingår behandling fram tills en kronisk sjukdom eller skada blir diagnostiserad.

Karenstid: Den sammanhängande sjukperiod under försäkringstiden som ska pågå innan försäkrads rätt till ersättning inträder.

Make: Den person som den försäkrade är gift med. I begreppet make ingår även registrerad partner.

Medförsäkrad: Gruppmedlems make, registrerade partner eller sambo och som i den egenskapen omfattas av Grupp-försäkringen.

Merkostnader: Med merkostnader avses sådan kostnad som direkt orsakats av olycksfallsskadan och som annars inte skulle ha uppkommit.

Offentlig vård: Med offentlig vård menar vi sådan vård där subvention av behandlingskostnad lämnas med offentliga medel.

Olycksfallsskada: En olycksfallsskada är en kroppsskada som drabbar den försäkrade genom en ofrivillig, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld).

Patientavgift: Egenavgift som den vårdsökande betalar i offentlig vård eller primärvården.

Preskription: Den tid som begränsar rätten att göra anspråk på ersättning. Inkommer anspråk efter preskriptionstiden löpt ut, har rätten till ersättning förlorats.

Privat vård: Med privat vård menar vi sådan vård som inte finansieras med offentliga medel.

Prisbasbelopp Prisbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) fastställs varje år och räknas fram på grundval av förändringar i det allmänna prisläget.

Remiss: Med remiss avses en handling som utfärdats av ex primärvården/företagshälsan, och som utgör en beställning då den försäkrade är i behov av vård, behandling, utredning, röntgen eller operation hos specialläkare.

Sambo: Med sambo avses två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande och har ett gemensamt hushåll enligt sambolagen (2003:376).

Sjukdom: Med sjukdom menas en sådan försämring av hälsotillståndet, fysiskt eller psykisk, som inte är att betrakta som olycksfallsskada. Med sjukdom avses inte frivilligt orsakad kroppsskada. Sjukdomen anses ha inträffat den dag försämringen blev påvisbar och konstaterad av läkare.

Sjukhusvård: Vård som ges till en patient som är inskriven och ineliggande vid en vårdenhets under minst en natt. Med sjukhusvård avses inte permission.

Självrisk för försäkrad: Självrisk är den del av kostnaderna för vård och behandling som den försäkrade själv får betala vid varje skadetillfälle. För uppgift om självriskens storlek, se försäkringsbeskedet.

Sjukperiod: Den tid utan avbrott som försäkrad är arbetsförmögen och sjukskriven enligt Socialförsäkringen samt erhåller ersättning från Försäkringskassan.

Socialförsäkringen: Socialförsäkringsbalken innehåller bestämmelser om socialförsäkringen som reglerar de förmåner som ingår i denna balk. Försäkringskassan administrerar dessa förmåner.

Symtomklausul: Ersättning beviljas inte för sjukdom, besvär, skada eller handikapp som visat symptom eller förelegat före försäkringens ikraftträdande, även om diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringen trätt i kraft.

knif^otrygghet

Vitea
Life