



FUAB Gruppförsäkringsvillkor 2023
FUAB AGF 23:02
Gäller from 2023-06-01

Vitea
Life

Försäkringens syfte

Gruppförsäkringen innehåller flera olika försäkringar, som ger den försäkrade ett ekonomiskt skydd vid sjukdom, olycksfall eller dödsfall. 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 2023-01-01. 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 de försäkringsprodukter som kan ingå i en försäkring, 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. För arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring gäller normalt att en anställd som omfattas av sådan försäkring förmånsbeskattas för värdet av sådan försäkring.

Innehåll

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

C.7 Force Majeure	17
C.8 Patientskador.....	18
D. REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL.....	18
D1. Åtgärd vid ersättningsanspråk.....	18
D2. Värdesäkring.....	18
D3. Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser	19
D4. Preskription.....	19
D5. Registrering av skadeanmälan	19
E. LIVFÖRSÄKRING	20
E.1 Allmänt.....	20
E.2 Förmånstagarförordnande	20
E.3 Barnskydd	21
E.4 Omfattning barnskydd.....	21
E.5 Begränsningar barnskydd.....	21
F. FÖRTIDSKAPITAL (SJUKKAPITAL).....	22
F.1 Allmänt	22
F.2 Rätten till ersättning.....	22
F.3 Tidigare utbetalt förtidskapital.....	22
F.4 Arbetslöshet p.g.a. arbetsoförmåga.....	22
F.5 Ersättningens storlek.....	23
F.6 Begränsningar och undantag.....	23
G. KRITISK SJUKDOM (DIAGNOSFÖRSÄKRING).....	24
G.1 Allmänt	24
G.2 Vad försäkringen ersätter.....	24
G.3 Ersättningens storlek.....	24
G.4 Förutsättningar för ersättning.....	24
G.5 Undantag och begränsningar	24
G.6 Ersättningsbara sjukdomar/diagnoser.....	24
G.7 Definition av bristande förmåga att klara dagliga aktiviteter	26
H. OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING.....	27
H.1 Allmänt	27
H.2 Vad är en olycksfallsskada	27
H.3 Ingående ersättningsmoment	27
H.4 Allmänt om ersättning för kostnader.....	28
H.5 Läke, Rese och Tandskadekostnader.....	28
H.6 Resekostnader.....	28
H.7 Tandskadekostnader.....	29
H.8 Merkostnader.....	29
H.9 Rehabilitering och hjälpmedel.....	30
H.10 Dagsersättning vid arbetsoförmåga till följd av olycksfallsskada	30

H.11 Invaliditet	30
H.12 Medicinsk invaliditet.....	30
H.13 Ekonomisk invaliditet	31
H.14 Slutreglering och utbetalning	32
H.15 Möjlighet till omprövning.....	32
H.16 Bestående ärr efter en olycksfallsskada	33
H.17 Krishjälp	33
H.18 Ersättning vid dödsfall	33
H.19 Begränsningar	33
I. SJUK- & OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING	34
I.1 Allmänt	34
I.2 Vad är en sjukdom.....	34
I.3 Ingående ersättningsmoment för Sjukförsäkringsmomentet.....	34
I.4 Medicinsk invaliditet.....	34
I.5 Slutreglering och utbetalning	35
I.6 Möjlighet till omprövning.....	35
I.7 Begränsningar	35
J. BARN OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING, SJUK- & OLYCKSFALL	36
J.1 Allmänt	36
J.2 Vad är ett olycksfall och/eller sjukdom.....	36
J.3 Utbetalning av ersättning.....	37
J.4 Ingående ersättningsmoment.....	37
J.5 Allmänt om ersättning för kostnader.....	37
J.6 Läkekostnader.....	38
J.7 Resekostnader.....	38
J.8 Tandskadekostnader.....	38
J.9 Merkostnader.....	39
J.10 Rehabilitering och hjälpmedel.....	39
J.11 Krishjälp	40
J.12 Ersättning vid sjukhusvistelse och vård i hemmet	40
J.13 Invaliditet	40
J.14 Medicinsk invaliditet.....	41
J.15 Ekonomisk invaliditet	41
J.16 Slutreglering och utbetalning	42
J.17 Möjlighet till omprövning.....	42
J.18 Ersättning vid dödsfall	43
J.19 Bestående ärr efter sjukdom/olycksfallsskada	43
J.20 Stöd vid omvårdnadsbidrag	43
J.21 Diagnosförsäkring/Kritisk sjukdom.....	44
J.22 Allmänna Begränsningar.....	44

J. 23 Begränsningar och undantag.....	44
J. 24 Rätt att teckna vuxenförsäkring vid uppnådd slutålder	45
K. SJUKINKOMSTFÖRSÄKRING	46
K.1 Allmänt	46
K.2 Rätten till ersättning.....	46
K.3 Karenstid	46
K.4 Karenstidsförkortning.....	46
K.5 Återinsjuknande.....	47
K.6 Återinträde i försäkringen för Produkt 1 – Sjukinkomstförsäkring med maximal utbetalningstid 36 månader	47
K.7 Begränsningar Produkt 1 och 2	47
K.8 Inskränkningar i giltigheten vid särskilda sjukdomar/diagnoser Produkt 1 och 2.....	47
K.9 Överförsäkring – Produkt 1 och 2.....	48
K.10 Index tillägg – Produkt 2	48
L. SJUKAVBROTTSFÖRSÄKRING.....	49
L.1 Vem försäkringen gäller för	49
L.2 När försäkringen gäller.....	49
L.3 Vad försäkringen gäller för.....	49
L.4 Försäkringsbelopp/ersättningsbelopp och utbetalningstider	49
L.5 Bestämmelser för ersättning och skadereglering	49
L.6 Försäkringsskyddet upphör.....	50
L.7 Begränsningar	50
M. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING - VUXEN	51
M.1 Allmänt.....	51
M.2 Omfattning	51
M.3 Ersättningsöversikt.....	52
M.4 Service och vårdgaranti.....	54
M.5 Vaccinationsservice	54
M.6 Second Opinion.....	54
M.7 Begränsningar i rätten till ersättning.....	54
M.8 Ansvarstid och försäkringstid.....	56
M.9 Kostnader som ersätts från annat håll.....	56
M.10 Åtgärder vid skada.....	56
N. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING - BARN	56
N.1 Allmänt	56
N.2 Villkor för anslutning.....	56
N.3 Omfattning för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.2.....	57
N.4 Ersättningsöversikten för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.3.....	57
N.5 Service och Vårdgaranti för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.4	57
N.6 Vaccinationsservice för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.5.....	57

N.7	Second Opinion för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.6	57
N.8	Utbetalning av ersättning	57
N.9	Begränsningar i rätten till ersättning	57
N.10	Ansvarstid och försäkringstid	57
N.11	Kostnader som ersätts på annat håll för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.9.	57
N.12	Åtgärder vid skada för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.10.	57
O.	Olycksfall Special – Olycksfall & Sjukvård till följd av olycksfallsskada	57
O.1	Allmänt	57
O.2	Läkekostnader (Olycksfall)	58
O.3	Resekostnader (Olycksfall)	58
O.4	Tandskadekostnader (Olycksfall)	58
O.5	Merkostnader (Olycksfall)	59
O.6	Rehabilitering och hjälpmedel (Olycksfall)	59
O.7	Invaliditet (Olycksfall)	59
O.8	Medicinsk invaliditet (Olycksfall)	60
O.9	Ekonomisk invaliditet	60
O.10	Bestående ärr (Olycksfall)	61
O.11	Ersättning vid dödsfall (Olycksfall)	61
O.12	Krishjälp (Olycksfall)	61
O.13	Sjukvård till följd av olycksfall med remisskrav	62
O.14	Ersättningsöversikt - Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	62
O.15	Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	63
O.15	Vårdgaranti – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	63
O.16	Ansvarstid och försäkringstid – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	64
O.17	Kostnader som ersätts på annat sätt	64
O.18	Åtgärder vid skada	64
O.19	Begränsningar i rätten till ersättning – Sjukvårdsförsäkring	64
P.	OM VI INTE KOMMER ÖVERENS	65
Q.	BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER	66
R.	DEFINITIONER/ORDLISTA	66

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 per försäkrad och per försäkringsprodukt är 50 prisbasbelopp, oavsett om den försäkrade har en eller flera gruppförsäkringar hos försäkringsgivaren. Maximalt försäkringsbelopp för kombinationen Olycksfallsförsäkring och Sjuk- & Olycksfallsförsäkring är 50 prisbasbelopp. 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 gruppöreträdaren 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 för var tid gällande underlag för hälsoprövning lämnas:

- har fyllt 16
- vid tiden för ansökan är fullt arbetsför enligt definition
- är bosatt och folkbokförd i Sverige och inskriven i svensk försäkringskassa
- för sjukvårdsförsäkring – bosatt i Norden och inskriven i nordisk försäkringskassa
- uppfyller kraven för gruppmedlemskap eller som medförsäkrad

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

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 är fullt arbetsför 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. Ansvaret 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 respektive produktvillkor. Försäkringsmomenten Kritisk Sjukdom och Sjukavbrott upphör dessförinnan om ersättning utbetalats till 100 procent. Gruppörsäkringen 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

Barnförsäkring:

- Barn & Ungdomsförsäkringen upphör när gruppmedlemmens försäkring upphör eller vid utgången av det kalenderår då det försäkrade barnet uppnår 25 års ålder.
- Sjukvårdsförsäkring Barn upphör när gruppmedlemmens försäkring upphör eller när det försäkrade barnet uppnår 21 års ålder.

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 grupp-försäkringen. Fortsättningsförsäkringens belopp får inte överstiga det belopp som senast gällde i grupp-försäkringen 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 grupp-försäkringen, 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 grupp-försäkringen 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 grupp-företrädare, 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 sig till en annan grupp-försäkring eller tecknar fortsättningsförsäkring.

A.20 Överlåtelse och Pantsättning

Livförsäkring, Förtidskapital, 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 gruppföreträdaren ska skyndsamt anmäla till försäkringsgivaren om den försäkrade träder ur den försäkringsberättigade gruppen och inte längre kan omfattas, samt när det yngsta barnet uppnått slutåldern i Barn- & Ungdomsförsäkringen och/eller produkten Sjukvård Barn. 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 arbetsoförmågan 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:

- Kritisk Sjukdom kan behållas om den försäkrade flyttar inom Norden
- Livförsäkringen kan behållas om den försäkrade flyttar inom EU/EES-området
- Olycksfallsförsäkringen lämnar begränsad ersättning utanför Norden, se punkt C.1
- Sjukinkomstförsäkringen lämnar ersättning förutsatt att den försäkrade är inskriven i svensk försäkringskassa och mottar ersättning därifrån p.g.a. arbetsoförmåga
- Sjukvårdsförsäkringen kan behållas om den försäkrade flyttar inom Norden

Vid skadefall är den försäkrade skyldig att styrka sin omfattning i det aktuella landets socialförsäkringssystem enligt nordisk konvention om social trygghet, samt inkomst och ersättningsnivåer från detta system som gäller för den försäkrade.

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.

Utbrbyter 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 följer 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. LIVFÖRSÄKRING

E.1 Allmänt

Om du som försäkrade avlider under försäkringstiden utbetalas ett engångsbelopp, dödsfallskapital. Dödsfallskapitalet är försäkringsbeloppet minskat med eventuell åldersreduktion.

Livförsäkringen kan omfatta någon av nedanstående produktalternativ:

- Livförsäkring med barnskydd utan åldersreduktion
- Livförsäkring med barnskydd med åldersreduktion
- Livförsäkring utan barnskydd utan åldersreduktion
- Livförsäkring utan barnskydd med åldersreduktion

Försäkringsbeloppet bestäms i gruppavtalet och framgår på försäkringsansökan. Vilket av ovanstående livförsäkringsprodukter som ingår i försäkringen framgår av gruppavtalet och försäkringsansökan, och på försäkringsbeskedet framgår produkt och försäkringsbelopp.

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 64 års ålder.

Livförsäkringen gäller längst till och med den månad då den försäkrade fyller 65 år (slutålder), om inget annat framgår av gruppavtalet.

För gruppavtal med högre slutålder än ovan kan nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbeloppet göras fram till 13 månader före slutåldern.

Om den försäkrade, vid tidpunkten för dödsfallet, efterlämnat arvsberättigade barn under 18 år utbetalas försäkringsbeloppet alltid utan åldersreduktion. Varje försäkrad är försäkringstagare och ägare till försäkringen på eget liv såvida inte försäkringen är överläten.

E.2 Förmånstagarförordnande

Förmånstagare är den som vid den försäkrades död har rätt till dödsfallskapitalet. Dödsfallskapitalet utbetalas i enlighet med anmält förmånstagarförordnande.

Om inte den försäkrade skriftligen anmält särskilt förmånstagarförordnande till försäkringsgivaren, gäller följande angivna ordning för utbetalning av utfallande belopp:

För gruppmedlems försäkring:

- a) I första hand till make/maka eller sambo
- b) I andra hand till gruppmedlemmens samtliga arvsberättigade barn
- c) I tredje hand till gruppmedlemmens arvingar

För medförsäkrads försäkring:

- a) I första hand till gruppmedlemmen om denna är den medförsäkrades make/maka/sambo
- b) I andra hand till medförsäkrades samtliga arvsberättigade barn
- c) I tredje hand till den medförsäkrades arvingar

Med make/maka avses även registrerad partner.

Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler. Ett förmånstagarförordnande kan inte ändras genom testamente.

Avstående:

En förmånstagare kan helt eller delvis avstå från sin rätt, och då inträder i stället de som enligt förmånstagarförordnande står närmast i tur som förmånstagare i stället. Ett avstående ska göras

innan förmånstagaren kan anses ha tillträtt sitt förvärv och innan bouppteckning lämnas in till Skatteverket.

Skilsmässa:

När ansökan om skilsmässa alternativt ansökan om upplösning av partnerskap inkommit till domstol upphör förordnande till förmån för make alternativt registrerad partner att gälla, om det inte på annat sätt framgår att försäkrad varit av annan mening.

Särskilt förmånstagarförordnande:

Blankett för särskilt förmånstagarförordnande kan rekvideras från försäkringsförmedlaren/gruppföreträdaren eller försäkringsgivaren.

Särskilt förmånstagarförordnande kan inte ändras genom ett testamente.

Särskilt förmånstagarförordnande upphör att gälla vid övergång till Försättningsförsäkring och Seniorförsäkring eller om försäkrad byter gruppstillhörighet och omfattas av annat gruppavtal.

Särskilt förmånstagarförordnande gäller inte en överlåtten försäkring där försäkringstagare är annan än försäkrad.

E.3 Barnskydd

Barnskyddet kan ingå som en del i livförsäkringen och försäkringen betalar ersättning om ditt arvsberättigade barn avlider före utgången av den månad barnet fyller 18 år. Barnskyddet kan inte ansökas om separat. Upphör livförsäkringen att gälla upphör även barnskyddet att gälla. Ersättning betalas endast ut en gång per barn och avtal.

Försäkringsbelopp:

Ett (1) prisbasbelopp utbetalas till barnets dödsbo, om barn som omfattas av barnskyddet avlider.

E.4 Omfattning barnskydd

Barnskydd omfattar gruppmedlems/försäkrads arvsberättigade barn. Även arvsberättigade barn till medförsäkrad omfattas om de är folkbokförda på samma adress som den försäkrade så kallade "hemmavarande" barn. Barn som är skrivna på annan adress men där medförsäkrad har vårdnaden om barnet räknas även dessa som hemmavarande barn.

Vid dödsfall jämställs dödfött barn som avlidit efter utgången av 26:e havandeskapsveckan med arvsberättigat barn. Försäkringsersättning utbetalas då, till försäkrad och/eller medförsäkrad.

E.5 Begränsningar barnskydd

Utländskt barn, som den försäkrade avser att adoptera, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att det finns ett medgivande för internationella adoptioner enligt socialtjänstlagen.

Om adoptionen inte kommer till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast 1 år från det att barnet kom till Sverige. Ersättning vid dödsfall utbetalas till gruppmedlem och/eller medförsäkrad.

Ett barn omfattas inte av barnskyddet, om den vid tidpunkt då försäkringen började gälla:

- fyllt 16 år,
- vårdbidrag/omvårdnadsbidrag beviljats, enligt Lagen om allmän försäkring eller motsvarande i Socialförsäkringslagen/balken,
- vårdas på sjukhus eller annan vårdinrättning som ägs eller vars verksamhet till någon del finansieras av staten, kommun eller landsting, eller vårdas genom försorg utanför sjukhus/vårdinrättning.

F. FÖRTIDSKAPITAL (SJUKKAPITAL)

F.1 Allmänt

Fristående Förtidskapital betalas ut som ett engångsbelopp och är ett ekonomiskt tillskott om du som försäkrad blir långvarigt arbetsoförmögen. Förtidskapital kan tecknas med olika försäkringsbelopp, i prisbasbelopp, som framgår av försäkringsansökan, och valt försäkringsbelopp framgår på försäkringsbeskedet.

Försäkringsbeloppet minskar i takt med den försäkrades ålder, se tabell under punkt F.5.

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 55 års ålder.

Försäkringen gäller längst fram till den dag den försäkrade fyller 62 år (slutålder).

F.2 Rätten till ersättning

Förtidskapitalet kan utbetalas om försäkrad under försäkringstiden och före fyllda 60 år

- är arbetsoförmögen till minst 50 procent i 30 av de senaste 36 månaderna och där kvalificeringstiden uppnås före fyllda 62 år.

Rätten till utbetalning av förtidskapital inträder vid den tidpunkt kvalificeringstiden 30 månader uppnås. Skadefall anses inträffa då rätt till ersättning inträtt. Försäkringsgivaren förbehåller sig alltid rätten att inhämta kompletterade information från oberoende part, alternativt ber att försäkrad genomgår en läkarundersökning utförd av försäkringsgivaren särskild anvisad läkare.

Rätten till förtidskapital gäller under förutsättning att samtliga möjligheter till arbetsträning och rehabilitering är utredda och sjukperioden påbörjats under försäkringstiden om inte annat framgår av gruppavtalet.

Att försäkrad beviljats sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning behöver inte vara en avgörande omständighet för försäkringsgivarens bedömning i ersättningsfrågan.

F.3 Tidigare utbetalt förtidskapital

Försäkrad som tidigare erhållit utbetalt förtidskapital, men ej fullt (100 %) förtidskapital, från tidigare gruppavtal och där ersättning utbetalats från tidigare försäkringsgivare, kan erhålla ytterligare förtidskapital vid senare tidpunkt enligt följande:

- det finns en giltig försäkring enligt detta gruppavtal och
- försäkrad är arbetsoförmögen till minst 75 % under en sammanhängande period av 30 av de senaste 36 månaderna före 60 års ålder.

Det ytterligare förtidskapitalets storlek beräknas i procent av försäkringsbeloppet för förtidskapital, som gäller för försäkrad när rätten till den nya utbetalningen uppkommer. Försäkringsbeloppet reduceras med den andelen, 25, 50 eller 75 procent, som försäkrad erhållit sedan tidigare.

F.4 Arbetslöshet p.g.a. arbetsoförmåga

Om försäkrad drabbats av arbetslöshet, helt eller delvis, p.g.a. att Försäkringskassan bedömt försäkrads arbetsförmåga inom nuvarande sysselsättning till minst 50 procent, men bedömts ha full arbetsförmåga i annan sysselsättning, ska försäkrad erbjudas en fördjupad medicinsk bedömning av oberoende medicinsk expertis för bedömning av den medicinska invaliditeten. Denna bedömning ligger sedan till grund för eventuell utbetalning. Utbetalning sker då i

förhållande till den medicinska invaliditetsgraden. Utbetalning sker endast vid ett tillfälle, därefter faller rätten till ytterligare ersättning på grund av arbetslöshet enligt ovan.

F.5 Ersättningens storlek

Försäkringskapitalet bestäms av försäkrads ålder vid den tidpunkt då rätten till förtidskapital inträder och beräknas i procent av försäkringsbeloppet för förtidskapital enligt tabellen:

Uppnådd Ålder	Kolumn 1 100 %	Kolumn 2 75 %	Kolumn 3 50 %
-35	100	85	70
36	90	75	60
37	80	65	50
38	70	55	40
39	60	45	30
40	56	42	28
41	52	39	26
42	48	36	24
43	44	33	22
44	40	30	20
45	38	28.5	19
46	36	27	18
47	34	25.5	17
48	32	24	16
49	30	22.5	15
50	28	21	14
51	26	19.5	13
52	24	18	12
53	22	16.5	11
54	20	15	10
55	18	13.5	9
56	16	12	8
57	14	10.5	7
58	12	9	6
59	10	7.5	5
60	8	6	4
61	6	4.5	3
62	0	0	0

F.6 Begränsningar och undantag

Detta undantag blir tillämplig i de fall sjukdomen/diagnosen eller symtomen leder till arbetsförmåga inom 18 månader från den tidpunkten försäkringen trädde i kraft. Ersättning utbetalas inte vid arbetsförmåga som har framkallats av nedan angivna diagnoser eller symtom eller sjukdom/symtom som har ett medicinskt samband med dessa. Påbörjas en sjukperiod inom 18 månader räknat från den tidpunkten försäkringen trädde i kraft utbetalas ingen ersättning, även om sjukperioden varar längre än de första 18 månaderna.

Rätten till ersättning för nedan angivna sjukdomar/diagnoser/symtom inträder när försäkrad haft hel arbetsförmåga under minst 18 sammanhängande månader innan en sjukperiod påbörjas.

Följande sjukdomar/diagnoser ersätts med begränsningar:

- Psykisk eller neuropsykiatrisk störning enligt ICD- kod F00-F99
- Utbrändhet ICD-kod Z73, Stressrelaterad sjukdom ICD-kod F43, Kronisk Trötthetssyndrom ICD-kod G93.3
- Smärttillstånd i rygg, leder och muskler
- Fibromyalgi ICD-kod M79.7

Om den försäkrade insjuknar i någon av ovanstående sjukdomar/diagnoser eller symtom efter 18 månader räknat från den tidpunkten försäkringen trädde i kraft, samt att man sedan uppfyller kraven för utbetalning av förtidskapital, se stycket "Rätten till Ersättning", utbetalas förtidskapital. Begränsningen tillämpas inte om försäkringen med motsvarande omfattning funnits i annat bolag under minst 18 månader fram till dess att försäkringsgivaren blev försäkringsgivare för gruppförsäkringen.

G. KRITISK SJUKDOM (DIAGNOSFÖRSÄKRING)

G.1 Allmänt

Ersättning betalas ut om den försäkrade drabbas av en ersättningsbar definierad diagnos eller händelse enligt punkt G.6 före en viss ålder. Försäkringen kan tecknas med olika försäkringsbelopp enligt grupp-försäkringsavtalet och försäkringsansökan.

Försäkringen upphör efter en utbetalning för en diagnos eller en händelse eller längst fram till den dag den försäkrade fyller 65 år (slutålder).

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 55 års ålder.

G.2 Vad försäkringen ersätter

Försäkringen lämnar ersättning när den försäkrade under försäkringstiden drabbas av sjukdom/diagnos eller händelse som beskrivs nedan. Försäkringen betalar ut ersättning efter 3 månader (30 dagar för hjärtinfarkt) från det att sjukdomen eller händelsen blivit diagnostiserad, förutsatt att försäkrad är vid liv. Skulle försäkrad avlida inom de ovan nämnda 3 månaderna (30 dagar för hjärtinfarkt) betalas ingen ersättning ut.

För bröstcancer gäller en karenstid - från dagen då försäkringen började gälla och till dess att det gått 6 månader. Efter denna tidsperiod omfattas även denna diagnos.

G.3 Ersättnings storlek

Försäkringsbeloppet framgår av försäkringsbeskedet och hela försäkringsbeloppet utbetalas som ett engångsbelopp. Utbetalningen från försäkringen grundas på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället. Ersättningen utbetalas till den försäkrade (om försäkringen inte är överlåten).

G.4 Förutsättningar för ersättning

När en behörig läkare har fastslagit diagnosen kritisk sjukdom anses sjukdomen diagnostiserad, inte när den försäkrade blivit underrättad om diagnosen.

För att klassas som kritisk sjukdom, ska diagnosen ställas av läkare med lämplig specialistkompetens rörande den aktuella kritiska sjukdomen. Innan ersättning utbetalas kan försäkringsgivaren begära en s.k. "second opinion", dvs. att den försäkrade skall genomgå ytterligare en läkarundersökning för att fastställa den tidigare ställda diagnosen. Vid "second opinion" betalar försäkringsgivaren för läkarbesöket.

G.5 Undantag och begränsningar

Försäkringen gäller inte för sjukdom, besvär, funktionshinder eller kropps fel och inte heller följer av sådana tillstånd, som visat sig innan försäkringen tecknades eller inom de 3 första månaderna efter det att försäkringen trätt i kraft, även om diagnosen eller orsaken kan fastställas först sedan försäkringen trätt i kraft.

Försäkringen lämnar ingen ersättning om dödsfall inträffar inom 3 månader (30 dagar för hjärtinfarkt) från försäkringshändelsen (diagnos eller händelse). Den försäkrade har rätt till ersättning för maximalt en diagnostiserad kritisk sjukdom eller händelse, oavsett antalet ställda diagnoser, och därefter upphör försäkringen.

G.6 Ersättningsbara sjukdomar/diagnoser

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)

Alzheimers sjukdom G30.9

Försäkrad ska före fylla 60 år fått den kliniskt fastställda diagnosen Alzheimers sjukdom, med konsekvensen bristande förmåga att utföra fyra av sex angivna dagliga aktiviteter enligt nedan.

Cancer (malign tumör utan specificerad lokalisation) C80.9

Definitionen av diagnosen cancer är en med säkerhet diagnostiserad malign tumör, elakartad, som har en okontrollerad tillväxt och vävnadsinvasion. Symptomen nedan är undantagna och omfattas inte av försäkringen:

- alla tumörer som bedöms pre-maligna vid mikroskopisk (histologisk) undersökning såsom cancerförändringar i celler t.ex. cervical intraepitelial neoplasi (CIN) i alla stadier, förstadiet till cervicalcancer, icke invasiv carcinoma in situ, Hodgkins lymfom i stadium 1 och kronisk lymfatisk leukemi.

- hudcancer, förutom malignt melanom, som inte har invaderat djupare än 0,5 mm
- prostatatumörer med Gleason-score mindre än 7 eller TNM-klassifikation lägre än T2bNOMO, samt papillär/follikulär tyreoidcancer < stadium 3
- alla tumörer som uppstår i samband med en HIV-infektion
- tumörer i lymfvävnad och blodbildande vävnad och tillhörande vävnad

Creutzfeldt-Jakobs sjukdom A81.0

Kliniskt fastställd diagnos av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom med konsekvensen att inte kunna utföra fyra av sex angivna dagliga aktiviteter enligt punkt G.7 nedan.

Hjärtinfarkt (akut hjärtinfarkt ospecificerad) I21.9

Lokal vävnadsdöd i hjärtmuskeln orsakad av otillräcklig blodtillförsel till hjärtats kranskärl som resulterar i:

- typiska kliniska symtom för hjärtinfarkt
- aktuella karakteristiska EKG-förändringar som visar på genomgången hjärtinfarkt
- laboratorieprov som påvisar förhöjda värden för hjärtenzymer och troponiner (T & I) i nivåer tydande på hjärtinfarkt.

Diagnosen måste vara ställd av läkare med specialistkompetens och alla ovanstående kriterier måste vara uppfyllda. Är den försäkrade fortfarande vid liv då 30 dagar förlöpt från det att sjukdomen först diagnostiserades betalas försäkringsbeloppet ut.

Motorneuronsyndrom (motorneuron sjukdom) G12.22

Motorneuronsjukdom karakteriseras av en progressiv försämring av motorneuron i hjärna, hjärnstam eller ryggmärg som leder till svaghet och förtvinning av muskler.

Diagnosen ska vara ställd av specialist i neurologi före den försäkrade fyllt 60 år.

Multipel skleros G35.9

Diagnosen ska vara ställd av specialist i neurologi och vara styrkt av diagnostiskt inkluderande fynd via magnetkameraundersökning. Förutsättning för utbetalning är också påvisande av neurologiska symtom motsvarande minst EDSS >5 kvarstående under minst 6 månader.

Parkinsons sjukdom G20.9

Entydig diagnos av Parkinsons sjukdom ställd av en specialist i neurologi före den försäkrades 60-årsdag. Endast idiopatisk Parkinsons sjukdom täcks. Övriga former av Parkinsons sjukdom är exkluderade.

Stroke I64

Cerebrovaskulär incident som är orsakad av emboli, trombos eller blodkärlsbristning i hjärnan och som har medfört lokal vävnadsdöd och neurologiskt bortfall samt kvarstående neurologiska symtom i minst tre månader efter diagnos. Diagnos och kvarstående symtom ska ha konstaterats av specialist i neurologi.

Transienta Ischemiska Attacker (TIA) omfattas inte av försäkringen.

Aortaoperation

Utförd kirurgi som innebär borttagande och ersättande av aortan eller ett segment av aortan. Kirurgin ska ske på inrådan och efter överläggning med kardiolog (hjärtspecialist) och thorax- eller kärlkirurg. Dessa specialistläkare ska bedöma att patientens tillstånd varit livshotande och det kirurgiska ingreppet ska bedömas vara absolut nödvändigt och bästa behandlingen för den försäkrade.

Blindhet H54.7

Bestående och total förlust av synen på båda ögonen.

Brännskador

3:e gradens brännskador som täcker minst 20 procent av kroppsytan.

Dövhet (hörselnedsättning ospecificerad) H91.9

En fastställd oåterkallelig bilateral sensorineural hörselnedsättning som lett till total hörselförlust på båda öronen.

Förlamning G83.9

En fastställd permanent förlust att bruka två eller flera lemmar på grund av förlamning.

Förlust av arm eller ben (traumatisk amputation) T14.7

Avser förlust av arm eller ben ovanför armbåge eller knä.

HIV/AIDS från blodtransfusion eller behandling T80.9

HIV-infektion i samband med blodtransfusion eller behandling på sjukhus/vårdinrättning, med förbehåll för följande villkor:

- den händelse från vilken HIV-smittan erhållits, undersöks, rapporteras och dokumenteras enligt normala rutiner till för den försäkrades yrkesområde, den försäkrade testas beträffande HIV omedelbart efter händelsen och inte uppvisar symptom
- den försäkrade ska ha ådragit sig smittan efter det att försäkringen tecknades, dvs. under försäkringstiden
- ett positivt HIV-resultat påvisas inom 12 månader efter den rapporterade händelsen, sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts, tar på sig ansvaret för infektionen.

HIV/AIDS-smitta i samband med yrkesutövning (kontakt med och exponering för HIV) Z20.6

HIV-Infektion (HIV) som inträffar under ordinarie och normal yrkesutövning inom Sverige hos en medlem av utryckningstjänsten, apotekspersonal, läkar-/tandläkarkåren, laboratorieassistenter, fångvaktare och andra anställda inom sjukvårdssektorn, med förbehåll för följande villkor:

- försäkrad ska ha ådragit sig smittan efter det att försäkringen tecknades, dvs. under försäkringstiden
- försäkrad testas för HIV omedelbart efter den händelsen och inte uppvisar symptom ett positivt HIV-resultat påvisas inom 12 månader efter den rapporterade händelsen,
- den händelse från vilken HIV-smittan erhållits, rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normala rutiner för den försäkrades yrkesområde.

Operation av hjärtats kranskärl (annan operation på koronarartär) FNW96

Genomgången operation av hjärtats kranskärl. Operation där blodcirkulationen under operation upprätthålls med hjälp av hjärt-/lungmaskin eller görs efter thoracotomi på slående hjärta. Operation sker efter konsultation och är föreslagen av hjärtspecialist (kardiolog). På grund av förträngning eller obstruktion ska minst ett av hjärtats kranskärl behöva en ny artär eller ven för hjärtmuskelnas blodförsörjning (by-pass grafting). Alla andra metoder är uteslutna.

Hjärtklaffs operation

Öppen hjärtkirurgi föreslagen av svensk hjärtspecialist där nödvändig reparation eller utbyte av en eller flera hjärtklaffar utförs.

Koma R40.2

Ett medvetslöst tillstånd där reaktion på stimuli inte existerar. Tillståndet ska ha krävt användande av livsuppehållande system (t ex respirator el dylikt) under minst 96 timmar samt medföra bestående neurologisk skada konstaterade av specialist i neurologi tidigast tre månader efter diagnos. Undantag är koma som direkt eller indirekt kan hänföras till missbruk av alkohol eller bruk av droger, narkotika eller andra farliga ämnen.

Upphörd njurfunktion (njursvikt icke specificerad som akut eller kronisk) N19.9

Bedöms inträffa då båda njurarnas funktion når slutstadiet och är kroniskt och där peritoneal eller hemodialys sätts in eller där njurtransplantation är medicinskt nödvändig.

Organtransplantation (transplanterad UNS) Z94.9

Patienten genomgår transplantation av lever, lungor, bukspottkörtel, hjärta eller benmärg alternativt är upptagen på en officiell lista för att ta emot dessa organ via transplantation.

Förlorad talförmåga (andra och icke specificerade talstörningar) R47.8X

Talförmågan är helt och oåterkalleligt förlorad som en konsekvens av fysisk skada på stämbanden som i sin tur bekräftats av en specialist. Måste pågått löpande under en period av 12 månader. ICD-kod: se definitioner.

G.7 Definition av bristande förmåga att klara dagliga aktiviteter

Bristande förmåga, dvs. att försäkrad inte kan genomföra sina vardagliga sysslor som en konsekvens av ett olycksfall eller sjukdom, definieras som att försäkrad inte kan genomföra 4 av de 6 nedan beskrivna punkterna utan specialutrustning eller hjälp av fullständig assistans:

- kan kontrollera tarm- och blåsfunktionen frivilligt
- kunna dricka och äta lagad mat
- sköta personlig hygien och gå på toaletten - även kunna ta sig till och från toaletten
- sköta personlig hygien såsom duscha/bada
- ha förmågan att sätta/resa sig från en stol och lägga sig/stiga upp från en säng
- klä på sig/ klä av sig ta på dig dina kläder/ ta av dem och kunna hantera, sätta på/stänga av nödvändig medicinsk kirurgisk utrustning.

H. OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

H.1 Allmänt

Försäkringen gäller för försäkrad vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller dygnet runt, under såväl arbetstid som fritid om ej annat avtalats. Olycksfallsförsäkring kan tecknas med olika försäkringsbelopp enligt gruppavtalet. Valt försäkringsbelopp för olycksfallsförsäkringen framgår av försäkringsbeskedet.

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 69 års ålder.

Försäkringen gäller längst fram till den dag den försäkrade fyller 70 år (slutålder), om inte annat framgår av gruppavtalet.

H.2 Vad är en olycksfallsskada

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

Som olycksfallsskada ersätts:	Som olycksfallsskada ersätts inte:
<ul style="list-style-type: none"> • Kroppsskada som drabbar den försäkrade genom en ofrivillig, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld). • Kroppsskada som uppkommer genom värmeslag, solsting eller förfrysning, samt borreliainfektion och TBE till följd av fästingbett - jämföras med olycksfallsskada. • Även vridvåld mot knä samt hälseneruptur jämföras med olycksfallsskada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte orsakats av olycksfallsskada som omfattas av dessa försäkringsvillkor. • Kroppsskada som orsakats frivilligt. • Graviditet, förlossning och/eller abort. • Smitta genom virus, bakterier eller annat smittämne. • Kroppsskada till följd av förslitning, ensidig rörelse eller artros*, sjukliga förändringar*, överansträngning. • Skada som uppkommit genom att den försäkrade gjort sig skyldig till kriminell handling.

*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.

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.

H.3 Ingående ersättningsmoment

Nedanstående ersättningsmoment ingår i olycksfallsförsäkringen:

- läkekostnader,
- tandskadekostnader,
- resekostnader,
- merkostnader,
- rehabilitering och hjälpmedelskostnader,
- dagsersättning vid arbetsoförmåga till följd av olycksfallsskada,
- invaliditet (medicinsk och/eller ekonomisk samt bestående ärr),
- krishjälp,
- dödsfallskapital.

H.4 Allmänt om ersättning för kostnader (läke-, rese-, tandskadekostnader vid olycksfallsskada)

Förutsättningen för rätt till ersättning är:

- Att den försäkrade utan dröjsmål anlitar behörig ojävig läkare och att kroppsskadan är så allvarlig att läkarbehandling har krävts.
- Att försäkringen är i kraft när olycksfallet inträffar.

Försäkringen ersätter:

- Kostnader för nödvändig och skäligen vård och behandling, läkemedel och resekostnader som läkare eller tandläkare föreskrivit för skadans läkning inom offentligvården.
- Endast kostnader som skulle ha ersatts om den försäkrade varit ansluten till allmän försäkringskassa i Sverige, och kostnaderna ska verifieras med originalkvitto och/eller intyg om utbetald reseersättning.

Försäkringen ersätter inte:

- Kostnader utanför Norden.
- Kostnader för privat vård och behandling samt privata operationer och därmed sammanhängande vårdkostnader.
- Förlorad arbetsinkomst.
- Kostnader vid sjukdom.
- Kostnader som ska ersättas från annat håll enligt lag, författning, konvention, kollektivavtal eller annan försäkring t.ex. trygghetsförsäkring vid arbetsskada.
- Kostnader sedan definitiv medicinsk invaliditet betalats ut

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

Där det i försäkringsvillkoren finns en begränsning till högkostnadsskydd, ersätts kostnaden upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige.

H.5 Läke, Rese och Tandskadekostnader

Försäkringen ersätter

- nödvändiga och skäliga kostnader för vård och behandling av behörig läkare, vård på sjukhus samt behandling och hjälpmedel som behörig läkare föreskrivit för skadans läkning, samt resor inom tre år från skadetillfället.
- nödvändiga och skäliga kostnader för vård och behandling av behörig tandläkare, samt resor inom fem år från skadetillfället.
- 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.

H.6 Resekostnader

Försäkringskassa/arbetsgivare och/eller skol-/kommunförsäkring ska i första hand lämna ersättning för utökade resekostnader 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

färdsättet som den försäkrades 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 utan kostnad lånats,

H.7 Tandskadekostnader

Försäkringen betalar kostnad för behandling av tandskada vid olycksfall. 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 försäkrade fyllt 25 år. Sådan uppskjuten tandbehandling ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

För försäkringsersättning av uppkommen behandling av tänder i Sverige krävs att behandlingen omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Skada på implantat och tandprotes som fanns på plats i munnen när den skadades, räknas även som tandskada, men 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.

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

Försäkringen ersätter inte:

- Skada vid tuggning eller bitning.
- Tandskada (tänder och tandkött) uppkommen p.g.a. sjukdom eller inflammation.
- Ytterligare kostnader, efter att ersättning för slutbehandling och efterkontroll ersatts.

H.8 Merkostnader

Ersättning för merkostnader gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson. Om olycksfallsskadan medfört att den försäkrade behandlas av tandläkare eller läkare på lämnas försäkringsersättning för:

- a) skäliga 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

Försäkringen ersätter inte:

- Merkostnader som uppstått i näringsverksamhet
- Merkostnader utanför Norden
- Förlorad arbetsinkomst eller andra ekonomiska förluster.
- Specifik sport- eller skyddsutrustning.

H.9 Rehabilitering och hjälpmedel

Kostnader för rehabilitering och hjälpmedel kan utbetalas med maximalt 2 prisbasbelopp. Kostnaderna ska vara skäliga och uppstått efter den akuta behandlingstiden, samt i förhand godkännas av försäkringsgivaren. Det krävs även att rehabiliteringen är begränsad i tid.

Ersättning kan lämnas för kostnaderna för:

- omskolning, arbetsträning och arbetsprövning.
- 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.

Försäkringen ersätter inte:

- Kompetenshöjande utbildning
- Kostnader för rehabilitering som uppstått i arbetet på grund av olycksfallsskada samt inverkan som är skadlig på grund av detta.
- Underhållsbehandling*

*Med underhållsbehandling menas åtgärder som syftar till att upprätthålla den funktionsförmåga som den försäkrade fått efter olycksfallsskadan.

H.10 Dagersättning vid arbetsoförmåga till följd av olycksfallsskada

Försäkringsersättning lämnas vid olycksfallsskada som leder till minst 25 procent arbetsoförmåga. Dagersättningen utbetalas under perioden av arbetsoförmåga, from dag 29 av arbetsoförmåga längst tom dag 90 av arbetsoförmåga. Vid 100 procent arbetsoförmåga betalas 200 kronor per dag.

H.11 Invaliditet

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

Medicinsk invaliditet är en fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas av behörig läkare, oberoende av arbetsförhållande, yrke eller fritidssysselsättningar. Förlust av inre organ eller bestående ärr räknas också som medicinsk invaliditet.

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.

H.12 Medicinsk invaliditet

Rätten till invaliditetsersättning inträder när olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunction och tillståndet är stationärt och inte livshotande. Med stationärt menas att tillståndet varken ändras till det bättre eller sämre. Bedömningen sker tidigast 1 år räknat från den tidpunkt då olycksfallet inträffade.

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

Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt frånräknas motsvarande medicinska invaliditetsgrad. Kan förlorad kroppsdel ersättas av protes bestäms invaliditetsgraden med hänsyn till protesfunktionen. Motsvarande gäller 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 fullständig invaliditet (100 procent) framgår av försäkringsbeskedet och är den ersättning den försäkrade maximalt kan få innan vi tagit hänsyn till ev. åldersavdrag.

Åldersavdrag för medicinsk invaliditet görs med 2,5 procent per år efter att den försäkrade fyllt 45 år.

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

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

H.13 Ekonomisk invaliditet

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.

Hur beräknas ersättningsbeloppet?

Försäkringsbeloppet för fullständig invaliditet (100 procent) framgår av försäkringsbeskedet och är den ersättning den försäkrade maximalt kan få innan vi tagit hänsyn till ev. åldersavdrag.

Åldersavdrag för ekonomisk invaliditet görs med 5 procent per år efter att den försäkrade fyllt 45 år.

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 arbetsoförmåga, lämnas högst så stor ekonomisk invaliditetsersättning som svarar mot förlusten av resterande arbetsförmåga. Det är endast olycksfallets del i arbetsoförmågan som ska bedömas och försäkringen ersätter endast denna del.

Regler för dig som fyllt 60 år

Inträder arbetsoförmåga efter att den försäkrade fyllt 60 år lämnas försäkringsersättning endast om den medicinska invaliditetsgraden på grund av olycksfallsskadan är minst 50 procent. I fallet ovan inräknas inte invaliditet på grund av bestående ärr. Samma förhållande gäller även om den försäkrade före 60 års ålder varit bestående arbetsoförmögen till viss del och efter fyllda 60 år blivit bestående helt arbetsoförmögen.

H.14 Slutreglering och utbetalning

Slutreglering

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

Förskottsutbetalning

Den försäkrade 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 olycksfallsskadan inträffade utbetalas ingen invaliditetsersättning. Om den försäkrade avlider efter 12 månader från den dag olycksfallsskadan 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

I de fall försäkringsbeloppet är kopplat till att följa prisbasbeloppet, bestäms försäkringsbeloppet av det prisbasbelopp som gäller det år försäkringsgivaren betalar ut försäkringsersättningen.

H.15 Möjlighet till omprövning

Medicinsk invaliditet

Om olycksfallsskadan medfört att den försäkrades kroppsfunktion betydligt försämrats eller att den försäkrade förlorar ytterligare arbetsförmåga efter det att slutgiltig reglering skett, har den försäkrade rätt att återkomma och få invaliditetsgraden prövad igen. Denna begäran skall vara skriftligt framställd och påvisa;

- att den väsentliga medicinska försämringen uppgår till minst 5 procents invaliditet
- att den väsentliga medicinska försämringen inträffar inom 10 år från det att olycksfallsskadan inträffade.

Det skall objektivt kunna fastställas att en ökad arbetsoförmåga eller markant försämrad kroppsfunktion uppstått.

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

Ekonomisk invaliditet

Rätt till omprövning föreligger om olycksfallsskadan medför att den försäkrade förlorar ytterligare arbetsförmåga efter att försäkringsgivaren tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning, har den försäkrade rätt att på grund av nya omständigheter få arbetsförmågan omprövad. Omprövning medges inom 10 år från tidpunkten för olycksfallet, dock före fyllda 60 år.

Anmälan om omprövning

Anmälan ska ske skriftligen inom ovanstående tid om önskemål om omprövning till försäkringsgivaren, och samtidigt lämna uppgifter om vilka omständigheter enligt ovan, som kan medföra rätt till omprövning.

H.16 Bestående ärr efter en olycksfallsskada

Ersättning för ärr som kvarstår 2 år efter bekräftad och godkänd olycksfallsskada 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 och ej efter fyllda 65 år.

H.17 Krishjälp

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, eller

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 ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

H.18 Ersättning vid dödsfall

Försäkringen ersätter:

- 1 prisbasbelopp till den försäkrades dödsbo om den försäkrade avlider inom 3 år från skadetillfället och till följd av olycksfallsskadan.

Försäkringen ersätter inte:

- Dödsfall av annan orsak än olycksfallsskadan.

H.19 Begränsningar

Försäkringen ersätter inte:

- Olycksfallsskada som inträffat före försäkringens begynnelse dag.
- 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 sjukdomen eller olycksfallsskadan.
- Försämring av hälsotillståndet, om denna försämring enligt medicinsk erfarenhet sannolikt skulle ha inträtt även om olycksfallsskada inte inträffat.
- Skada som uppkommit genom ingrepp, behandling eller undersökning som inte föranletts av olycksfallsskada som omfattas av denna försäkring.

I. SJUK- & OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

I.1 Allmänt

För olycksfall och olycksfallsskador gäller vad som framgår under punkt H1-H19, ovan. Detta avsnitt tar upp vad som gäller för Sjukförsäkringsmomentet i en Sjuk- & Olycksfallsförsäkring.

Försäkringen gäller vid sjukdom som inträffar under försäkringstiden för försäkrad. Försäkringen gäller dygnet runt, under såväl arbetstid som fritid om ej annat avtalats. Försäkringsbeloppet för sjuk- och olycksfallsförsäkringen framgår av försäkringsbeskedet.

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 64 års ålder.

Försäkringen gäller fram till den dag den försäkrade fyller 65 år (slutålder).

I.2 Vad är en sjukdom

En sådan försämring av hälsotillståndet som inte är att betrakta som en olycksfallsskada och som påvisbart försämrat den försäkrades fysiska och/eller psykiska funktionsförmåga. Med sjukdom avses inte frivilligt orsakad kroppsskada. Sjukdomen anses ha inträffat den dag försämringen blev påvisbar och konstaterad av läkare.

Så som sjukdom räknas inte kroppsskada som uppkommit på grund av:

- Användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte orsakats av olycksfallsskada som omfattas av dessa försäkringsvillkor.
- Kroppsskada som orsakats frivilligt.
- Graviditet, förlossning och/eller abort.
- Smitta genom virus, bakterier eller annat smittämne.
- Kroppsskada till följd av förslitning, ensidig rörelse eller artros*, sjukliga förändringar*, överansträngning.
- Skada som uppkommit genom att den försäkrade gjort sig skyldig till kriminell handling.

I.3 Ingående ersättningsmoment för Sjukförsäkringsmomentet

Nedanstående ersättningsmoment ingår i Sjukförsäkringsmomentet i Sjuk- & Olycksfallsförsäkringen.

- Medicinsk invaliditet

I.4 Medicinsk invaliditet

När kroppsfunctonen övergått i ett permanent men inte livshotande tillstånd på grund av sjukdomen och medfört bestående nedsättning av kroppsfuncton, utbetalas invaliditetsersättning. Detta sker tidigast 1 år räknat från den tidpunkt då sjukdomen konstaterades och endast om försäkringen gällde vid tiden för försämringen av hälsotillståndet.

Fastställande av slutgiltig invaliditetsgrad ska om möjligt ske inom 3 år från då sjukdomen visade sig, 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 av försäkringsbeskedet och är den ersättning den försäkrade maximalt kan få innan vi tagit hänsyn till ev. åldersavdrag. Åldersavdrag för medicinsk invaliditet görs med 2,5 procent per år efter att den försäkrade fyllt 45 år.

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

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

I.5 Slutreglering och utbetalning

Slutreglering

När den medicinska 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.

Koppling till prisbasbelopp

I de fall försäkringsbeloppet är kopplat till att följa prisbasbeloppet, bestäms försäkringsbeloppet av det prisbasbelopp som gäller det år försäkringsgivaren betalar ut försäkringsersättningen.

I.6 Möjlighet till omprövning

Medicinsk invaliditet

Om sjukdomen medfört att kroppsfunction betydligt försämrats efter det att slutgiltig reglering skett, har försäkrad rätt att återkomma och få invaliditetsgraden prövad igen. Denna begäran skall vara skriftligt framställd och påvisa;

- att den väsentliga medicinska försämringen uppgår till minst 5 procents invaliditet och
- att den väsentliga medicinska försämringen inträffar inom 10 år från det att sjukdomen inträffade.

Det skall objektivt kunna fastställas att en ökad försämrad kroppsfunction uppstått. 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.

Anmälan om omprövning

Anmälan ska ske skriftligen inom ovanstående tid om önskemål om omprövning till försäkringsgivaren, och samtidigt lämna uppgifter om vilka omständigheter enligt ovan, som kan medföra rätt till omprövning.

I.7 Begränsningar

Försäkringen ersätter inte:

- Kostnader till följd av sjukdom.
- Om försäkrads hälsotillstånd försämrats efter sjukfallet, beroende på ett kropps fel som redan fanns vid inträffat sjukfall, lämnas inte någon ersättning för den försämring som kroppsfelet medfört.
- 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 tecknades berättigar aldrig till ersättning. Detta gäller även kosmetisk defekt.

- Tandskada (tänder och tandkött) uppkommen p.g.a. sjukdom eller inflammation.
- Kostnader för rehabilitering som uppstått på grund av sjukdom eller olycksfallsskada i arbetet, ej heller för skadlig inverkan i arbetet.
- Tillstånd såsom sjukliga förändringar, lyte och åldersförändringar som av medicinsk erfarenhet inte bedöms bero på sjukdomen eller olycksfallsskadan.

J. BARN OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING, SJUK- & OLYCKSFALL

J.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 grupp-försäkring, 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.

J.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.

J.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.

J.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, • diagnosförsäkring, • krishjälp, • dödsfallskapital.

J.5 Allmänt om ersättning för kostnader

(läke-, rese-, tandskade-, mer- & rehabiliteringskostnader)

Ersättning lämnas för skäliga 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.

J.6 Läkekostnader

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 gällandehöghöghkostnadsskydd.

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

J.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 resekostnader 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

J.8 Tandskadekostnader

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. 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

J.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

J.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.

J.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.

J.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.

J.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.

J.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 protesfunction 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.

J.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.

J.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.

J.17 Möjlighet till omprövning

Invaliditet

Om sjukdomen eller olycksfallsskadan medfört att försäkrads kroppsfunktion 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 kroppsfunktion 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 kroppsfunktionen objektivt kunnat fastställas.

J.18 Ersättning vid dödsfall

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

J.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.

J.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.

J.21 Diagnosförsäkring/Kritisk sjukdom

För nedanstående uppräknade tillstånd/sjukdomen/diagnoser lämnas en engångsersättning med 0,5 prisbasbelopp. Tillståndet/sjukdomen/diagnosen måste ha inträffat/uppkommit eller visat sig under försäkringstiden. Rätt till ersättning uppkommer när diagnosen är fastställd av läkare med specialistkompetens.

- Cancer (C00-C97), cancer in situ (D00-D09)
- Hjärntumör (D32-D33, D35.2-D35.4, D42, D43)
- MS (G35)
- Crohns sjukdom (K50)
- Ulcerös kolit (K51)
- Transplantation av - njurar (Z94.0) - lever (Z94.4) - lungor (Z94.2, Z94.3) - hjärta (Z94.1, Z94.3)

Om den försäkrade avlider innan diagnosen fastställts utbetalas ingen ersättning. Ersättning utbetalas endast för en diagnos.

J.22 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.

J. 23 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 levnadsmånaden, eller
- åkomman har uppkommit till följd av sjukdomar eller skador under graviditet eller förlossning.

Exempel på åkommor som kan bedömas funnits sen födelsen:

- 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
- sensorineutral hörselnedsättning H90.5

Om symtom på sådan åkomma inte framkommit när det försäkrade barnet fyllt 6 år och genomfört sista obligatoriska undersökning vid barnvårdscentral, 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 barnvårdscentral 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.

J. 24 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.

K. SJUKINKOMSTFÖRSÄKRING

K.1 Allmänt

Sjukinkomstförsäkringen kan endast tecknas av försäkrad gruppmedlem. Möjliga försäkringsbelopp och försäkringsersättning framgår på försäkringsansökan.

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 64 års ålder.

Försäkringen upphör den sista dagen i den månad den försäkrade fyller 65 år, om inte annat framgår av gällande gruppavtals regler för uppnådd slutålder.

Sjukinkomstförsäkring finns i två alternativ och försäkringen kan omfatta en av följande försäkringsprodukter:

- **Produkt 1:** Sjukinkomstförsäkring med maximal utbetalningstid 36 månader och 3 månaders karens
Eller
- **Produkt 2:** Sjukinkomstförsäkring med maximal utbetalningstid fram till uppnådd slutålder och 3 månaders karens.

Av försäkringsbeskedet framgår vilken av ovanstående produkter den som är försäkrad omfattas av. Försäkringskassans beslut om ersättning är en viktig men inte avgörande faktor för försäkringsgivaren att beakta vid bedömning av arbetsförmåga fram till 65 års dagen. Om gruppavtalet har en högre slutålder än 65 år är förutsättning för ersättning att den försäkrade beviljats sjukpenning av Försäkringskassan.

K.2 Rätten till ersättning

Sjukinkomstförsäkringen omfattar månatlig ersättning vid minst 25 procent arbetsförmåga under försäkringstiden efter avtalad karenstid.

Förutsättningen för rätten till ersättning är att premie betalas under såväl försäkringstiden som under ersättningstiden, och att Försäkringskassan godkänt arbetsförmågan. Isolering som smittbärare enligt myndighetens föreskrift jämställs i detta sammanhang med sjukdom.

Försäkringsersättning för produkt 1: utbetalas löpande månadsvis, retroaktivt, i maximalt 36 månader under en femårsperiod, därefter upphör försäkringen att gälla. Försäkrad kan ansöka om återinträde i försäkringen på nytt enligt beskrivning nedan.

Försäkringsersättning för produkt 2: utbetalas löpande månadsvis, retroaktivt, och under försäkringstiden och längst fram till uppnådd slutålder.

Produkt 1 och 2

När ersättning beräknas motsvarar en månad 30 dagar. Ersättningen är proportionell mot graden av arbetsförmåga.

K.3 Karenstid

Sjukinkomstförsäkringen har normalt en karenstid på 3 månader. Karenstiden framgår av gruppavtalet och/eller på ditt försäkringsbesked.

K.4 Karenstidsförkortning

Om försäkrad inom 12 månader från sjukperiodens slut åter blir arbetsförmögen till minst 25 procent krävs ingen ny karenstid, under förutsättning att den nya sjukperioden överstiger 14 dagar. Vid beräkningen av eventuell karenstidsförkortning beaktas även sjukperioder som inträffat hos tidigare försäkringsgivare.

Ersättning betalas inte ut under tid som ingår i sjuklöneperiod enligt lag.

K.5 Återinsjuknande

Samma sjukfall – Produkt 1 och 2

Om försäkrad, inom 12 månader från senast avslutad sjukperiod, åter bli arbetsförmögen längre än 15 dagar, anses det som fortsättning på samma sjukfall och någon ny karens behöver inte intjänas. Tidsperioden för längsta möjliga ersättning för sjukfallet är 36 månader. Tidigare ersättningar från inkomstförsäkringen räknas in samt även ersättning som utbetalats från ett gruppavtal hos annan försäkringsgivare.

Nytt sjukfall – Produkt 1 och 2

Sjukfall som innebär att ny karenstid ska intjänas, uppstår då en sjukperiod avbryts och avbrottet varar längre än 12 månader innan en ny sjukperiod inträffar. Tidigare ersättningsperioder avräknas inte från den nya ersättningsperioden.

Outnyttjad ersättningsperiod efter avbruten sjukperiod för Produkt 1 - Sjukinkomstförsäkring med maximal utbetalningstid på 36 månader

När den försäkrade varit arbetsförmögen kortare period än den maximala ersättningsperioden i ett nytt sjukfall, kan outnyttjade ersättningsdagar användas vid en framtida sjukperiod. Förutsättningen är att försäkrad varit frisk under en tidsperiod som varat längre än 24 månader sedan senaste sjukfallet.

K.6 Återinträde i försäkringen för Produkt 1 – Sjukinkomstförsäkring med maximal utbetalningstid 36 månader

Sjukinkomstförsäkringen upphör att gälla när maximal ersättningsperiod uppnåtts. Försäkrad kan ansöka om återinträde i försäkringen under förutsättning att:

- Försäkrad varit fullt arbetsför de senaste 12 månaderna.
- Sjukperioder kortare än 14 dagar, räknat från den tidpunkt då senaste sjukperioden upphörde, undantas.
- Efter fullgod hälsoprövning enligt för var tid gällande hälsoprövningsregler

K.7 Begränsningar Produkt 1 och 2

Sjukskrivning före försäkringen trädde i kraft:

Ersättningen begränsas om försäkrad inom 24 månader före det att försäkringen trädde i kraft drabbats av sjukdom/olycksfall/symtom och varit sjukskriven längre tid än 30 dagar i följd, och på nytt blir sjukskriven p.g.a. samma sjukdom/olycksfall/symtom inom 24 månader från teckningstillfället.

Begränsningen innebär att ersättning lämnas längst under så lång tid som förflutit från sjukskrivningen före anslutningen till försäkringen till den tidpunkt som försäkrad på nytt blir sjukskriven p.g.a. samma sjukdom/olycksfall/symtom. Om försäkrad haft fler än en period av nedsatt arbetsförmåga som gör denna begränsning aktuell, räknas tiden från det att den sista av dessa perioder slutade.

Samma regler tillämpas om försäkringen ändrats.

K.8 Inskränkningar i giltigheten vid särskilda sjukdomar/diagnoser Produkt 1 och 2

Om försäkrad insjuknar i någon av nedanstående sjukdomar/symtom inom 18 månader från försäkringens tecknande utbetalas ingen ersättning. Ersättning utbetalas inte heller vid arbetsförmåga som har framkallats av sjukdomar eller sjukdom/symtom som har ett medicinskt samband med nedanstående sjukdomar.

Rätten till ersättning för nedan angivna sjukdomar/diagnoser/symtom inträder när den försäkrade haft hel arbetsförmåga under minst 18 sammanhängande månader, från försäkringens tecknande, innan en sjukperiod påbörjas.

Följande sjukdomar/diagnoser omfattas av dessa begränsningar:

- Psykisk eller neuropsykiatrisk störning enligt ICD- kod F00-F99
- Utbrändhet ICD-kod Z73, Stressrelaterad sjukdom ICD-kod F43, Kronisk Trötthetssyndrom ICD-kod G93.3
- Smärttillstånd i rygg, leder och muskler
- Fibromyalgi ICD-kod M79.7

Ersättning utbetalas om försäkrad insjuknar i någon av ovanstående uppräknade/nämnda sjukdomar/diagnoser/symtom efter 18 månader, räknat från den tidpunkt när försäkringen trädde i kraft, samt att försäkrad i övrigt uppfyller kraven för utbetalning av sjukinkomstförsäkringen. Begränsningen tillämpas inte om försäkring med motsvarande omfattning funnits i annat bolag under minst 18 månader fram till dess försäkringsgivaren blev försäkringsgivare för grupp-försäkringen.

K.9 Överförsäkring – Produkt 1 och 2

Om den försäkrade vid arbetsförmåga skulle få en inkomst som är högre än 90 procent av lönen vid fullt arbete utbetalas ersättning endast upp till 90 procents nivå. Är den nivån redan uppnådd genom kollektivavtal eller andra försäkringar t ex arbetsskadeförsäkring eller trafikskadeförsäkring betalas följaktligen ingen ersättning ut. Inbetald premie, avseende det överförsäkrade beloppet, återbetalas inte.

Vid skadefall har försäkringsgivaren rätt till prövning av arbetsinkomsten som utgör grund till försäkringsersättningen. Vid sådan prövning jämförs försäkrads inkomst med den taxerade inkomsten av tjänst och eventuell näringsverksamhet (företagare) för de inkomster som försäkringen avser.

K.10 Indextillägg – Produkt 2

Om en sjukperiod varat i 36 månader höjs ersättningen vid fortsatt oavbruten arbetsförmåga genom indextillägg, om prisbasbeloppet ökat. Indextillägget motsvarar den procentuella ökningen av prisbasbeloppet sedan ersättningsbeloppet senast fastställdes. Ökningen av prisbasbeloppet utöver 10 procent beaktas dock inte.

L. SJUKAVBROTTSFÖRSÄKRING

L.1 Vem försäkringen gäller för

Försäkringen gäller för försäkringstagaren, en juridisk person, som anges på försäkringsbeskedet och den försäkrade är en anställd och/eller ägare som anges på försäkringsbeskedet. Försäkringen beviljas om den försäkrade intygar full arbetsförhet vid ansökningstillfället.

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 60 års ålder.

Försäkringen upphör den sista dagen i den månad den försäkrade fyller 65 år.

L.2 När försäkringen gäller

Försäkringen gäller vid avbrott i försäkringstagarens rörelse som orsakas av att den anställde som har försäkrats drabbas av arbetsoförmåga, och har rätt till ersättning från Försäkringskassan, eller bedöms vara oförmögen att utföra sitt arbete p.g.a. sjukdom och/eller olycksfall.

L.3 Vad försäkringen gäller för

Om den försäkrade drabbas av olycksfall/sjukdom som medför arbetsoförmåga oavbrutet under längre tidsperiod än karenstid (30 dagar) lämnas ersättning till försäkringstagaren. Ersättning utgår som ett månadsbelopp och räknas fram i proportion till arbetsoförmågan, antalet sjukskrivna (1/365) dagar, försäkringsbeloppet och vald utbetalningstid om 12 eller 24 månader. Vid dödsfall utbetalas sex månaders ersättning som ett engångsbelopp, motsvarande hel arbetsoförmåga. Har utbetalning av sjukavbrottsförsäkringen redan påbörjats utbetalas resterande del tills utbetalningstiden 6 månader uppnåtts.

Vid mindre än hel sjukskrivning, arbetsoförmåga, utbetalas månadsersättningen i motsvarande grad.

Försäkringens utbetalningstid kan vara 12 eller 24 månader efter 30 dagars karens. Utbetalningstid och karens framgår av försäkringsbeskedet.

Vid återinsjuknande inom 1 månad efter friskskrivning beräknas ej ny karenstid. Den sammanlagda ansvarstiden räknas dock i sådant fall som att arbetsoförmågan varit oavbruten.

Försäkringen ersätter under de 6 första månaderna efter tecknandet enbart arbetsoförmåga samt dödsfall som orsakats av olycksfall, se definition under rubriken Olycksfall, samt för sjukdom enligt diagnoser som återfinns uppräknade i villkoret för Kritisk Sjukdom.

L.4 Försäkringsbelopp/ersättningsbelopp och utbetalningstider

Försäkrings-/ersättningsbeloppet är valbart i jämna 5000 kr intervaller från 5000 upp till högst 40 000 kr per månad, och utbetalningstiden är 12 eller 24 månader. Försäkrings-/ersättningsbelopp och utbetalningstid framgår av försäkringsbeskedet.

Det försäkrings-/ersättningsbeloppet som vid varje enskild skada maximalt kan komma att utges framgår av försäkringsbeskedet. Dessutom utbetalas högst 100 procent av rörelsens kostnader enligt senaste bokslutet vid skadefallet.

L.5 Bestämmelser för ersättning och skadereglering

Skaderegleringen påbörjas sedan arbetsoförmågan konstaterats vara längre än gällande karenstid. Normalt lämnas sjukavbrottsersättning månadsvis i efterskott under den tiden som arbetsoförmågan varar, dock längst avtalad tid om 12 alternativt 24 månader. Skadebeloppet utgörs av den ersättningsgrunden som är tecknad. Den försäkrade ska månadsvis inkomma med uppgifter och handlingar som styrker rätten till ersättning, så som sjukintyg. Ersättning lämnas under avtalstiden och försäkringsersättning utbetalas alltid till Försäkringstagaren.

L.6 Försäkringsskyddet upphör

Försäkringen upphör att gälla om:

- Företaget likvideras och/eller slutar ha en aktiv verksamhet.
- Om försäkringsavtalet upphör eller hela ansvarstiden utbetalats.

Försäkringsersättningen upphör:

- Om arbetsförmågan upphör.
- Sista dagen i månaden den försäkrade fyller 65 år.

L.7 Begränsningar

Inskränkningar i giltigheten

Försäkringen gäller inte för sjukdom som visat symtom, eller olycksfallsskada som inträffat, före tecknandet av försäkringen och som finns nedtecknad i patientjournal.

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 pga. sjukdomen eller besväret.

Inskränkningar i giltigheten vid särskilda sjukdomar/diagnoser

Inskränkning, enligt nedan, blir tillämplig i de fall sjukdomen/diagnosen leder till arbetsförmåga och/eller dödsfall inom 24 månader från den tidpunkten försäkringen trädde i kraft, även om sjukperioden varar längre.

Följande sjukdomar/diagnoser ersätts inte under de 24 första månaderna:

- psykisk sjukdom, exempelvis depressiva tillstånd, psykisk insufficiens,
- utbrändhet, stressrelaterad sjukdom, trötthet, koncentrationsproblem,
- smärttillstånd i rygg, leder och muskler som saknar objektiva medicinska fynd,
- drogmissbruksrelaterad sjukdom eller tillstånd.

M. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING - VUXEN

M.1 Allmänt

Försäkringen kan tecknas av arbetsgivare eller organisation för sina anställda eller medlemmar. Arbetsgivaren eller organisationen ska vara hemmahörande med fast adress i Norden. Försäkringen kan även tecknas genom frivillig ansökan av gruppmedlemmar i den mån försäkringen ingår i gruppavtalet. I vissa gruppavtal kan även gruppmedlems make/maka eller sambo ansöka om försäkring, och möjlighet till medförsäkrad framgår av ansökningshandlingarna. Nyteckning av försäkring kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 64 års ålder.

Sjukvårdsförsäkringen gäller längst till och med den månad då den försäkrade fyller 65 år (slutålder), om inget annat framgår av gruppavtalet.

För gruppavtal med högre slutålder än ovan kan nyteckning av försäkring göras fram till dagen före den dag den försäkrade fyller 66 år.

Grundvillkor för att teckna försäkring är att den som ska försäkras:

- är fullt arbetsför (se definitioner/ordlistan)
- inte har fyllt 64 år eller 66 år (framgår av gruppavtalet),
- är folkbokförd inom Norden,
- omfattas av allmän sjukvård genom nordisk försäkringskassa.

M.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.

M.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 behörlig 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

M.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.

M.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.

M.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.

M.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.

M.8 Ansvarstid och försäkringstid

Ansvarstiden, det vill säga den längsta tid som ersättning kan lämnas är obegränsad fram till försäkrads 66 års dag så länge försäkringen är i kraft. Från 66 års dagen är ansvarstiden 1 år från försäkringsfallet förutsatt att 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 anmälningdagen. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som samma skadefall.

M.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).

M.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/sjukvårdskortet.

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.

N. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING - BARN

N.1 Allmänt

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.

N.2 Villkor för anslutning

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 friskt: Med fullt friskt menas att barnet är fullt friskt och inte har någon pågående eller planerad undersökning, behandling eller kontroll för konstaterade eller misstänkta hälsobesvär.

N.3 Omfattning för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.2

N.4 Ersättningsöversikten för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.3

N.5 Service och Vårdgaranti för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.4

N.6 Vaccinationsservice för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.5

N.7 Second Opinion för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.6

N.8 Utbetalning av ersättning

Är den försäkrade under 18 år utbetalas eventuell ersättning till den vårdnadshavare som den försäkrade är folkbokförd hos. Från och med att försäkrad fyller 18 år utbetalas ersättningen till den försäkrade. Om ersättningen vid utbetalningstillfället överstiger ett prisbasbelopp, och den försäkrade är under 18 år, utbetalas ersättningen till ett konto med överförmyndarsparr.

N.9 Begränsningar i rätten till ersättning

Samma begränsningar enligt Sjukvårdsförsäkring vuxen gäller för Sjukvårdsförsäkring Barn, se M.7.

N.10 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.

N.11 Kostnader som ersätts på annat håll för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.9.

N.12 Åtgärder vid skada för Sjukvård Barn är samma som för vuxen, se M.10.

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

O.1 Allmänt

Försäkringen gäller dygnet runt, under såväl arbetstid som fritid.

Försäkringen upphör den sista i den månad den försäkrade fyller 65 år (slutålder), om inget annat framgår av gruppavtalet.

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.

O.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.

O.3 Resekostnader (Olycksfall)

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

Försäkringskassa/arbetsgivare och/eller skol-/kommunförsäkring ska i första hand lämna ersättning för utökade resekostnader 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 resekostnader 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.

O.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.

O.5 Merkostnader (Olycksfall)

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

- skäligen 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 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.

O.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.

O.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.

O.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 invaliditet framgår på försäkringsbeskedet dock max 800 000 kr och är lika med det maximala ersättningsbeloppet. Från 65 års ålder så halveras försäkringsbeloppet och är då maximalt 400 000 kr.

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.

O.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.

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 framgår i gruppavtalet, på den avtalsspecifika förköpsinformationen samt på försäkringsbeskedet.

O.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.

O.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 framgår av gruppavtalet, på den avtalsspecifika förköpsinformationen samt på försäkringsbeskedet. 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.

O.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.

O.13 Sjukvård till följd av olycksfall med remisskrav

O.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.

O.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.

O.13.3 Transportkostnader

Försäkringen täcker den försäkrades nödvändiga och skäliga 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.

O.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.

O.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%

O.15 Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

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

O.15 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.

O.16 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 anmälningdagen. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som samma skadefall.

O.17 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).

O.18 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.

O.19 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
- 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
- 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.

P. 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.

Q. 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/försäkrade 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.

R. 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.

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

Arbetsoförmåga: Med arbetsoförmåga 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 arbetsoförmåga: Arbetsoförmåga 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 arbetsförhet 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 Gruppförsäkring 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 Gruppförsäkringen.

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 Gruppförsäkringen.

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 sambor 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 inläggande vid en vårdenheter 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^o trygghet

Vitea
Life