



FUAB Seniorförsäkringsvillkor 2023
FUAB SFV 23:01

Vitea
Life

Försäkringens syfte

I seniorförsäkringen ingår flera olika försäkringar, och syftet är att ge den försäkrade ett ekonomiskt skydd vid sjukdom, olycksfall eller dödsfall. Vilka försäkringar som gäller framgår av försäkringsbeskedet. 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. Försäkringsvillkoret beskriver de försäkringsprodukter som kan ingå i en försäkring, och försäkringsvillkoren tillhandahålls på svenska och all kommunikation sker på svenska. Utöver detta försäkringsvillkor så regleras försäkringarna dessutom av ett gruppavtal, och det försäkringsbesked som utfärdas för försäkringen. Vidare gäller försäkringsrörelselagen, försäkringsavtalslagen och svensk lag i övrigt. En bestämmelse som avtalats särskilt i ett gruppavtal/gruppförsäkringsplanen gäller framför dessa villkor.

Skatteregler

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

Innehåll

A.	ALLMÄNNA FÖRSÄKRINGSREGLER.....	6
A.1	Allmänt.....	6
A.2	Hur kan man ansluta sig till försäkringen.....	6
A.3	Gruppavtal, gruppförsäkringsplan och försäkringsbesked.....	6
A.4	Seniorförsäkringsvillkor.....	7
A.5	Ändring av gruppförsäkringsavtal.....	7
A.6	Rätt att ansöka om försäkring.....	7
A.7	Höjning av försäkringsbelopp.....	8
A.8	När försäkringen börjar gälla.....	8
A.9	Upplyningsplikt.....	9
A.10	Försäkring tecknad genom försäkringsförmedlare.....	9
A.11	Ångerrätt.....	9
A.12	Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen.....	9
A.13	Premie, premiebetalning, uppsägning p.g.a. obetald premie och premiebefrielse.....	9
A.14	Återupplivning.....	10
A.15	Återbetalning av premie.....	10
A.16	När försäkringen upphör.....	10
A.17	Efterskydd.....	11
B.	BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS ANSVAR.....	11
B.1	Oriktiga uppgifter.....	11
B.2	Framkallande av försäkringsfall.....	11
B.3	Själv mord.....	11
B.4	Vid brottslig handling och påverkan av alkohol och missbruk.....	12
B.5	Undantag för sjukdom/symptom som visat sig innan försäkringen började gälla.....	12
B.6	Undantag för Nytecknad Försäkring.....	12
C.	BEGRÄNSNINGAR I FÖRSÄKRINGARNAS GILTIGHET.....	12
C.1	Vid utlandsvistelse som inte berörs av begränsningar vid krigstillstånd eller politiska oroligheter.....	12
C.2	Om den försäkrade flyttar utomlands.....	12
C.3	Vid krigstillstånd, politiska oroligheter, terrorism och massförstörelsevapen.....	13
C.4	Vid flygning.....	13
C.5	Undantag avseende sport och idrott.....	13
C.6	Force Majeure.....	13
C.7	Patientskador.....	13
D.	REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL.....	13
D1.	Åtgärd vid ersättningsanspråk.....	13
D2.	Värdesäkring.....	14
D3.	Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser.....	14
D4.	Preskription.....	14
D5.	Registrering av skadeanmälan.....	15

D6. Regressrätt.....	15
E. LIVFÖRSÄKRING	16
E.1 Allmänt.....	16
E.2 Förmånstagarförordnande	16
F. KRITISK SJUKDOM (DIAGNOSFÖRSÄKRING)	17
F.1 Allmänt	17
F.2 Vad försäkringen ersätter.....	17
F.3 Ersättningsens storlek.....	17
F.4 Förutsättningar för ersättning.....	18
F.5 Regler och begränsningar	18
F.6 Ersättningsbara sjukdomar/diagnoser (1-8).....	18
F.7 Dödsfall innan slutreglering har skett.....	19
F.8 Kristerapi.....	19
G. OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING.....	20
G.1 Allmänt	20
G.2 Vad är en olycksfallsskada	20
G.3 Ingående ersättningsmoment.....	20
G.4 Allmänt om ersättning för kostnader.....	20
G.5 Läkekostnader.....	21
G.6 Resekostnader.....	21
G.7 Tandskadekostnader.....	21
G.8 Merkostnader.....	22
G.9 Rehabilitering och hjälpmedel.....	22
G.10 Invaliditet	23
G.11 Medicinsk invaliditet.....	23
G.12 Slutreglering och utbetalning	24
G.13 Möjlighet till omprövning.....	24
G.14 Krishjälp.....	24
G.15 Begränsningar	25
H. Sjukvårdsförsäkring – senior	26
H.1 Allmänt	26
H.2 Omfattning.....	26
H.3 Ersättningsöversikt	27
H.4 Service och vårdgaranti	29
H.5 Vaccinationservice.....	29
H.6 Second Opinion	29
H.7 Begränsningar i rätten till ersättning	29
H.8 Ansvarstid och försäkringstid	31
H.9 Kostnader som ersätts från annat håll.....	31
H.10 Åtgärder vid skada	31

I.	Olycksfall Special Senior – Olycksfall & Sjukvård till följd av olycksfallsskada med remisskrav	31
I.1	Allmänt	31
I.2	Läkekostnader (Olycksfall)	32
I.3	Resekostnader (Olycksfall)	32
I.4	Tandskadekostnader (Olycksfall)	32
I.5	Merkostnader (Olycksfall)	33
I.6	Rehabilitering och hjälpmedel (Olycksfall)	33
I.7	Invaliditet (Olycksfall)	33
I.8	Medicinsk invaliditet (Olycksfall)	34
I.9	Ersättning vid dödsfall (Olycksfall).....	34
I.10	Krishjälp (Olycksfall)	34
I.11	Sjukvård till följd av olycksfallsskada med remisskrav	35
I.12	Ersättningsöversikt - Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	35
I.13	Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	36
I.14	Vårdgaranti – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav.....	36
I.15	Ansvarstid och försäkringstid – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	37
I.16	Kostnader som ersätts på annat sätt.....	37
I.17	Åtgärder vid skada.....	37
I.18	Begränsningar i rätten till ersättning – Sjukvårdsförsäkring	37
J.	OM VI INTE KOMMER ÖVERENS	38
K.	BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER.....	39
L.	DEFINITIONER/ORDLISTA.....	39

A. ALLMÄNNA FÖRSÄKRINGSREGLER

A.1 Allmänt

Seniorförsäkringen kan tecknas av kunder till Försäkringsutveckling Sverige AB (nedan kallat FUAB) som haft gruppförsäkring, och/eller som tillhört den försäkringsberättigade grupp som har rätt att teckna seniorförsäkring enligt tidigare gruppförsäkringsavtal med försäkringsgivaren Knif Trygghet Forsikring. Nyteckning av försäkring kan ske from 55 års ålder.

A.2 Hur kan man ansluta sig till försäkringen

Anslutning till försäkringen kan ske på två sätt:

- antingen som ett antaget erbjudande från tidigare gruppförsäkring utan ny hälsoprövning *, och/eller
- som nyteckning via av försäkringsgivaren godkända kampanjer mot fullt arbetsför och/eller med symtomklausul**.

*Rätt att ansöka om seniorförsäkring utan ny hälsoprövning föreligger, i samband med utträde ur gruppavtalet, om försäkrad och/eller medförsäkrad omfattats av produkterna liv-, olycksfall-, kritisk sjukdom/diagnos- eller sjukvård- /olycksfall special under minst 6 månader. Har den försäkrade haft någon av de uppräknade produkterna kan dessa tecknas utan ny hälsoprövning.

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

Försäkrad/medförsäkrad måste vid tidpunkten för tecknandet av försäkringen, vara bosatt och folkbokförd i Sverige samt inskriven i svensk försäkringskassa. Alla utskick avseende försäkrads försäkringsinnehav sker till folkbokföringsadressen, såvida det inte överenskommits om annat.

A.3 Gruppavtal, gruppförsäkringsplan och försäkringsbesked

Gruppavtalet innehåller bestämmelser om ikraftträdande, giltighetstid, teckningsregler, automatisk förlängning, uppsägning samt vilka som har rätt att ansöka om försäkring. Om gruppavtalet sägs upp för gruppens räkning upphör försäkringen att gälla för samtliga försäkringstagare och försäkrade.

För försäkringsavtalet gäller bestämmelserna i Försäkringsavtalslagen (FAL) samt svensk rätt. För försäkringen gäller vad som anges i försäkringsavtalet. Försäkringen grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren och/eller den försäkrade har lämnat till försäkringsgivaren.

Uppsägning av gruppavtal kan ske av företrädare för gruppen eller av försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren har skyldighet att, även vid gruppföreträdarens uppsägning, underrätta de försäkrade.

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.

Bestämmelse i gruppavtal/gruppförsäkringsplan har företräde framför bestämmelser i dessa villkor. Den försäkrade ska till försäkringsgivaren omgående påtala eventuella fel och brister som framgår av försäkringsbeskedet eller motsvarande handling.

Om försäkringen inte har sagts upp till utgången av den försäkringstid som anges i avtalet så förlängs försäkringen med ett år i taget.

A.4 Seniorförsäkringsvillkor

Seniorförsäkringsvillkoren beskriver samtliga försäkringsprodukter som kan ingå i seniorförsäkringen, ikraftträdande, förlängning, uppsägning och premiebetalning. Seniorförsäkringsvillkoret innehåller följande försäkringsprodukter:

- Livförsäkring
- Kritisk Sjukdom/Diagnosförsäkring
- Olycksfallsförsäkring
- Sjukvårdsförsäkring
- Olycksfall Special med remisskrav

Olycksfallsförsäkring och Olycksfall Special med remisskrav tecknas var och en för sig och inte i kombination/samtidigt med varandra. Sjukvårdsförsäkring och Olycksfall Special med remisskrav kan inte kombineras/samtidigt med varandra.

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

Premier och villkor kan ändras vid huvudförfallodagen för avtalet och ett ingånget avtal 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.

Ett försäkringsfall regleras enligt de villkor som gäller när försäkringsfallet inträffar.

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 myndigheternas föreskrifter, har försäkringsgivaren rätt att ändra villkoren för försäkringsavtalet under försäkringstiden. Detta gäller också om gruppföreträdaren eller försäkrad grovt åsidosätter sina förpliktelser.

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

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

A.6 Rätt att ansöka om försäkring

A.6.1 Försäkrad som haft tidigare gruppförsäkring

Om du som försäkrad och/eller medförsäkrad omfattats av gruppförsäkring (Liv-, Olycksfall-, Kritisk Sjukdom/Diagnos- eller Sjukvårds/Olycksfall Specialförsäkring), har du rätt att teckna seniorförsäkring i samband med utträdet ur gruppavtalet utan ny hälsoprövning. Utträdet ska bero på uppnådd slutålder för gruppavtalet. Även medförsäkrad ska träda ur gruppen när du som försäkrad gruppmedlem uppnår slutåldern för gruppavtalet. Ansökan om seniorförsäkring administreras hos FUAB. För seniorförsäkringen gäller dessa särskilda villkor och nivåerna på försäkringsbelopp enligt respektive produktvillkor.

Om du som försäkrad och/eller medförsäkrad har omfattats av försäkring via FUAB har du rätt att ansöka om inträde i försäkringen, under förutsättning att följande nedanstående kriterier är uppfyllda:

- du har inte fyllt 75 år
- du har tidigare haft gruppförsäkring i minst 6 månader,
- du är bosatt och folkbokförd i Sverige och inskriven i svensk försäkringskassa
- ansökan om seniorförsäkring sker inom 3 månader från utträdet från gruppförsäkringen.

Du som tidigare haft gruppförsäkring får utan ny hälsodeklaration teckna dig för motsvarande produkter du hade tidigare. Om du önskar utöka din seniorförsäkring med en ny försäkringsprodukt anses det som en nyteckning och för den utökning/nyteckningen gäller kriterierna enligt nedan för nyteckning.

I den mån den tidigare gruppförsäkringen var beviljad med villkorsundantag gäller seniorförsäkringen med motsvarande undantag.

A.6.2 Nyteckning

Grundförutsättning för nyteckning för personer som inte tillhört ett gruppförsäkringsavtal med FUAB är enligt följande:

Följande personer har rätt att nyteckna försäkringen, under förutsättning att följande nedanstående kriterier är uppfyllda:

- nyteckningskampanjen är godkänd av försäkringsgivaren
- du har inte fyllt 67 år,
- du är bosatt och folkbokförd i Sverige och inskriven i svensk försäkringskassa
- du ansöker via försäkringsansökan eller via länk hos försäkringsförmedlaren
- du är införstådd med att försäkringen gäller mot fullt arbetsför och/eller med symtomklausul enligt nedan för befintliga åkommor*
- du är/blir kund hos FUAB.

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

A.7 Höjning av försäkringsbelopp

Höjning av försäkringsbelopp kan inte göras på Livförsäkringen efter 67 års ålder och för Olycksfallsförsäkringen efter 72 års ålder. Kritisk sjukdom och Olycksfall Special har fasta försäkringsbelopp och åldersintervaller och går ej att justera.

A.8 När försäkringen börjar gälla

Seniorförsäkring efter tidigare gruppförsäkring

Ansökan om Seniorförsäkring måste göras inom 3 månader från den dag gruppförsäkringen upphörde, och seniorförsäkringen börjar gälla dagen efter den tidigare gruppförsäkringen upphörde.

Nyteckning av seniorförsäkring

För nytecknad seniorförsäkring utan tidigare gruppförsäkringstillhörighet börjar försäkringen gälla dagen efter den dag då fullständig skriftlig ansökan skickats in till förmedlaren/tecknats on line via länk. Detta gäller dock bara under förutsättning att den försäkrade uppfyller förutsättningarna enligt ansökningskriterierna - punkt A.6.2 som försäkringsgivaren tillämpar. Vid tvist om från vilket datum en försäkring trätt i kraft gäller ankomstdatum hos förmedlaren/datum för online tecknande, om inte försäkringstagaren kan styrka ett annat datum för avsändande.

A.9 Upplyningsplikt

Den försäkrade är skyldig att på försäkringsgivarens begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Den försäkrade ska ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor.

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

Gruppföreträdaren ska skyndsamt anmäla till försäkringsgivaren om den försäkrade utträder ur den försäkringsberättigade gruppen. Anmäls inte ovanstående, betalas högst de senaste 12 månaders premie tillbaka.

Försäkrad ska skyndsamt anmäla till gruppföreträdaren eller försäkringsgivaren om försäkrad/medförsäkrad inte längre kan omfattas av seniorförsäkringen. Om den försäkrade 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.

A.10 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.11 Ångerrätt

Försäkringstagaren har 14 dagars ångerrätt, efter att 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.12 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.13 Premie, premiebetalning, uppsägning p.g.a. obetald premie och premiefrielse

Beräkning av premien görs för ett år i taget och bestäms bland annat med hänsyn till gruppens sammansättning, t.ex. kön, ålder samt aktuell premietariff och aktuella riskbedömningsregler. 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.

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.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

Seniorförsäkringen gäller längst till dess att du som försäkrad uppnår slutåldern för försäkringen och följande gäller för de olika försäkringarna, om inget annat framgår av gruppavtalet:

Livförsäkring – upphör den sista i månaden före den försäkrade fyller 80 år.

Kritisk sjukdom – upphör den sista i månaden före den försäkrade fyller 85 år.

Olycksfallsförsäkring – kan gälla livsvarigt så länge premie erläggs.

Olycksfall Special – upphör den sista i månaden före den försäkrade fyller 85 år.

Försäkringsmomenten Kritisk Sjukdom upphör dessförinnan efter utbetalning från den tredje diagnosen.

Seniorförsäkringen upphör dessförinnan att gälla om:

- den försäkrade uppnår slutåldern,
- den försäkrad väljer att avsluta försäkringen,
- uppsägning från försäkringsgivaren och/eller gruppen,
- premie inte betalas i rätt tid, se ”Premie och Premiebetalning”

Medförsäkrads försäkring:

Upphör gruppmedlemmens försäkring upphör också medförsäkrads försäkring att gälla.

Medförsäkrads försäkring upphör dessutom att gälla vid utgången av den månad som:

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

A.17 Efterskydd

Om försäkrad utträder ur seniorförsäkringen, av någon annan anledning än uppnådd slutålder för avtalet, upphör försäkringsgivarens ansvar mot försäkrad gruppmedlem och medförsäkrad person tre månader efter utträdet (efterskydd). Om en make/sambo/registrerad partner är medförsäkrad och äktenskapet/samboförhållandet/registrerade partnerskapet 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.
- gruppavtalet helt eller delvis har sagts upp av gruppen/behörig gruppföreträdare/försäkringsgivaren, eller om försäkrad själv har valt att säga upp försäkringen men fortfarande står kvar i den försäkringsberättigade gruppen.
- försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie.
- den försäkrade uppnått slutåldern.

B. BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS ANSVAR

B.1 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.2 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.3 Själv mord

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.4 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.5 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.6 Undantag för Nytecknad Försäkring

För försäkring beviljad utan krav på ifylld hälsodeklaration vid ansökningstillfället gäller, om inget annat framgår av avtalet följande symtomklausul:

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

C. BEGRÄNSNINGAR I FÖRSÄKRINGARNAS GILTIGHET

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

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

Försäkringen gäller även vid vistelse utomlands 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 gäller försäkringen endast för Medicinsk invaliditet som inträffar i direkt anslutning till olycksfallet. Dock lämnas ersättning för kostnader som uppstått i Sverige efter olycksfallsskada utanför Norden.

C.2 Om den försäkrade flyttar utomlands

Om den försäkrade flyttar inom EU/EES-området kan befintlig Livförsäkring behållas. Om den försäkrade flyttar inom Norden kan befintlig Kritisk sjukdom, behållas.

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

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

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

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

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

C.4 Vid flygning

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

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

C.5 Undantag avseende sport och idrott

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

C.6 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.7 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 villkor.

D. REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL

D1. Åtgärd vid ersättningsanspråk

Anmälan om sjukdom, olycksfall och dödsfall, som kan ge rätt till ersättning, ska snarast möjligt anmälas hos förmedlaren eller via www.vitealife.se och kommer handläggas av det företag som genomför skaderegleringen på uppdrag av försäkringsgivaren.

Den som begär utbetalning ska utan kostnad för försäkringsgivaren skaffa och skicka in de handlingar och övriga upplysningar som försäkringsgivaren anser ha betydelse för bedömningen av sin ansvarighet.

Om begärda handlingar och övriga upplysningar inte inkommer till försäkringsgivaren kan det medföra att rätten till ersättning inte kan bedömas. Ersättning kan i sådant fall inte utbetalas. Vid dödsfall ska de efterlevande sända in 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:

- lämnar in en skriftlig anmälan angående skadefallet till försäkringsgivaren,
- 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 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 vi har förklarat att vi 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.

D6. Regressrätt

Försäkringsgivaren inträder i den försäkrades rätt till skadestånd, eller annan ersättning från den som är ansvarig för sjukdomen eller olycksfallsskadan, beträffande ersättning för sjukvårdskostnader och andra utgifter och förluster som försäkringsgivaren ersätter enligt försäkringsavtalet.

E. LIVFÖRSÄKRING

E.1 Allmänt

Om den försäkrade avlider under försäkringstiden så utbetalas ett dödsfallskapital dvs försäkringsbelopp minskat med åldersreduktionen.

Försäkringsbeloppet framgår av försäkringsbeskedet.

Livförsäkringen upphör den sista i månaden före den försäkrade fyller 80 år, om inget annat framgår av gruppavtalet.

Livförsäkringen med åldersreduktion enligt nedanstående tabell.

Ålder	Ursprungligt försäkringsbelopp, 0,5 pbb	Ursprungligt försäkringsbelopp, 1 pbb	Ursprungligt försäkringsbelopp, 1,5 pbb	Ursprungligt försäkringsbelopp, 2 pbb
<65	0,50	1,00	1,50	2,00
66	0,50	1,00	1,50	2,00
67	0,50	1,00	1,50	2,00
68	0,50	0,90	1,35	1,80
69	0,50	0,80	1,20	1,60
70	0,50	0,70	1,05	1,40
71	0,50	0,65	0,98	1,30
72	0,50	0,60	0,90	1,20
73	0,50	0,55	0,83	1,10
74	0,50	0,50	0,75	1,00
75	0,50	0,45	0,68	0,90
76	0,50	0,40	0,60	0,80
77	0,50	0,35	0,53	0,70
78	0,50	0,30	0,45	0,60
79	0,50	0,25	0,38	0,50

E.2 Förmånstagarförordnande

Förmånstagare är den som vid den försäkrades död har rätt till dödsfallskapet och det utbetalas i enlighet med anmält förmånstagarförordnande.

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

För gruppmedlems försäkring:

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

För medförsäkrads försäkring:

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

Förmånstagare enligt a) kan helt eller delvis avstå sin rätt till förmån för förmånstagarerna enligt b).

Med make/maka avses även registrerad partner.

Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

Förmånstagarförordnande kan inte ändras genom testamente.

Avstående:

Har förmånstagaren avlidit eller helt eller delvis valt att avstå ifrån sin rätt, inträder den som därefter är berättigad till ersättning enligt förmånstagarförordnande. Avstående av ersättning måste ske innan livförsäkringsbeloppet utbetalats till förmånstagare.

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:

Vid önskan om särskilt förmånstagarförordnande kan blanketten beställas från försäkringsförmedlaren som företräder den försäkrade gruppen eller från försäkringsgivaren. Förmånstagarförordnande kan inte ändras genom ett testamente.

Om särskilt förmånstagarförordnande skriftligt meddelats bolaget under tid då gruppförsäkringen gällde upphör detta att gälla vid övergång till Seniorförsäkring.

F. KRITISK SJUKDOM (DIAGNOSFÖRSÄKRING)

F.1 Allmänt

Försäkringen Kritisk Sjukdom kan endast tecknas i kombination med Cancervårdsförsäkring. Ersättning betalas ut om den försäkrade drabbas av en ersättningsbar definierad diagnos enligt punkt F.6. Försäkringen kan högst lämna ersättning för tre olika diagnoser.

Försäkringen upphör efter utbetalning från den tredje diagnosen eller längst fram till och med den sista i månaden före den försäkrade fyller 85 år (slutålder). Försäkringsskyddet för en medförsäkrad till gruppmedlem upphör den månad som försäkrad gruppmedlem uppnår slutåldern, om inte medförsäkrad uppnått slutåldern före gruppmedlem.

Kritisk Sjukdom kan inte göras efter att den försäkrade uppnått 75 års ålder, högre ålder kan förekomma enligt överenskommelse med förmedlaren under begränsade avtalade tidsperioder, men framgår då på försäkringsansökan eller utsända handlingar från förmedlaren.

F.2 Vad försäkringen ersätter

Försäkringen lämnar ersättning när den försäkrade under försäkringstiden drabbas av sjukdom/diagnos som beskrivs nedan. Försäkringen betalar ut ersättning efter 30 dagar från det att sjukdomen blivit diagnostiserad, förutsatt att försäkrad är vid liv. Skulle försäkrad avlida inom de ovan nämnda 30 dagarna betalas ingen ersättning ut.

F.3 Ersättningens storlek

Försäkringsbeloppet framgår av försäkringsbeskedet och försäkringsbeloppet utbetalas som ett engångsbelopp. Ersättningen utbetalas till den försäkrade. Försäkringsbeloppet sjunker i takt med den försäkrades stigande ålder, och utbetalningen beror på den försäkrades ålder vid försäkringsfallet.

Ålder då försäkringsfallet inträffar och försäkringsbelopp

60 – 69 år	40 000 kr
70 – 74 år	35 000 kr
75 – 85 år*	30 000 kr

*slutålder mändanden då 85 års dagen infaller.

F.4 Förutsättningar för ersättning

När en behörig specialistläkare har fastslagit och verifierat diagnosen 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.

F.5 Regler och begränsningar

Försäkringsersättning för diagnos måste vara fastställd senast månad före gruppmedlemmen fyller 85 år.

För att du ska kunna få ersättning måste diagnosen ha fastställts efter det att du har omfattats av denna försäkring i minst 180 kalenderdagar i följd.

För att få rätt till ersättning för försäkringsfall som är en följd av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada som har visat sig eller inträffat före försäkringens ikraftträdande, gäller att försäkringsfallet har inträffat tidigast efter det att försäkringen varit i kraft i minst tolv månader.

Begränsningen tillämpas inte om du i din tidigare gruppförsäkring omfattats av försäkringen kritisk sjukdom och anslutits utan ny hälsoprövning. Begränsningen tillämpas inte heller om försäkringen har tecknats med särskild hälsoprövning.

Ersättning eller ytterligare ersättning lämnas inte för en ny diagnos under samma punkt nedan i E.6. Vid cancer kan dock ersättning lämnas för annan typ av primär cancer som inte har samband med tidigare cancerdiagnos.

F.6 Ersättningsbara sjukdomar/diagnoser (1-8)

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).

1. Akut Hjärtinfarkt I.21

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.

2. Atrofier i centrala nervsystemet G.10-G.13

Till exempel Motorneuronsjukdom (ALS)

3. Cancer (malign tumör utan specificerad lokalisation) C00-C97 och D05, exkl. C44 och sekundär tumör C76-C79

Definitionen av diagnosen cancer är en med säkerhet diagnostiserad malign (elakartad) tumör, som har en okontrollerad celltillväxt 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, förstadier 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

4. Demens vid Alzheimer F00.1

Demens vid Alzheimer.

5. Parkinsons sjukdom G20

Entydig diagnos av Parkinsons sjukdom ställd av en specialist i neurologi. Endast idiopatisk Parkinsons sjukdom täcks. Övriga former av Parkinsons sjukdom är exkluderade.

6. Stroke I.60 – I.64

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.

7. Total Synförlust/Blindhet H54.0, H54.4

Total och irreversibel (bestående) förlust av synen på minst ett öga.

8. Total Dövhet (hörselnedsättning ospecificerad) H90-H91

Total och irreversibel (bestående) förlust av hörseln på minst ett öra.

F.7 Dödsfall innan slutreglering har skett

Om försäkrad avlider efter att den försäkrade fått rätt till ersättning, men innan skadan är slutligt reglerad, utbetalas ersättningen till dödsboet.

F.8 Kristerapi

Om den försäkrade drabbas av psykisk ohälsa som en direkt följd av en ersättningsbar skadehändelse enligt omfattningen i denna försäkring, kan kristerapi i form av tio behandlingar hos en terapeut eller psykolog ingå. Kristerapi dvs behandling och kostnad för behandling ska på förhand godkännas av försäkringsgivaren. Högsta ersättningen för kristerapi är maximalt 5 000 kr.

G. OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

G.1 Allmänt

Försäkringen gäller för försäkrad vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller dygnet runt. Olycksfallsförsäkring kan tecknas med olika försäkringsbelopp och valt försäkringsbelopp för olycksfallsförsäkringen framgår av försäkringsbeskedet. Försäkringen kan gälla livsvarigt, så länge premie betalas.

G.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.

G.3 Ingående ersättningsmoment

Nedanstående ersättningsmoment ingår i olycksfallsförsäkringen:

- läkekostnader,
- tandskadekostnader,
- resekostnader,
- merkostnader,
- rehabilitering och hjälpmedelskostnader,
- medicinsk invaliditet,
- krishjälp,

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.

G.4 Allmänt om ersättning för kostnader

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

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för läke-, rese-, tandskade-, mer- och rehabiliteringskostnader till följd av ett olycksfall och för skadans läkning.

Kostnader ska verifieras med originalkvitton och/eller intyg om utbetalad reseersättning. 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. Där det i försäkringsvillkoren finns en begränsning till högkostnadsskydd, ersätts kostnaden upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige. Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader som uppstår utanför Norden.

G.5 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 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.

G.6 Resekostnader

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.

Försäkringen ersätter inte:

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

G.7 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. 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.

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.

G.8 Merkostnader

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

- a) skäligen undvikliga 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.

G.9 Rehabilitering och hjälpmedel

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.

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.

G.10 Invaliditet

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

G.11 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.

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 av försäkringsbeskedet och är den ersättning den försäkrade kan få vid 100 procent invaliditet innan vi tagit hänsyn till ev. åldersreducering.

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.

Till och med 72 års ålder är försäkringsbeloppet högst 5, 10 eller 15 prisbasbelopp beroende på vilket försäkringsbelopp den försäkrade tecknat. Efter fyllda 73 år reduceras försäkringsbeloppet till högst 3, 6 respektive 9 prisbasbelopp.

Försäkringsbeloppet begränsas till 100 procent (fullständig invaliditet) om olycksfallsskadan medfört skador på ett flertal av den försäkrades kroppsdelar så att invaliditetsgraden överstiger 100 procent sammanlagt.

Bestående ärr

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.

G.12 Slutreglering och utbetalning

Slutreglering

När den medicinska 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 dödsfall

Vid dödsfall innan slutreglering skett utbetalas till dödsboet det belopp som svarar mot den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning för medicinsk invaliditet lämnas inte om dödsfallet inträffar inom 1 år från skadedagen.

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.

G.13 Möjlighet till omprövning

Medicinsk invaliditet

Om olycksfallsskadan medfört att den försäkrades kroppsfunction betydligt försämrats 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 markant försämrad kroppsfunction uppstått. Försäkringsgivaren avgör vilka bedömningsunderlag som ska införskaffas och kostnaden för eventuell 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.

G.14 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.

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.

G.15 Begränsningar

Försäkringen ersätter inte:

- Olycksfallsskada som inträffat före försäkringens begynnelse.
- 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.

H. Sjukvårdsförsäkring – senior

H.1 Allmänt

Försäkringen kan tecknas av gruppmedlem/medförsäkrad som tidigare omfattats av FUAB's grupp-försäkringsavtal och produkten Sjukvårdsförsäkring under minst 6 månader. Den försäkrade ska vara hemmahörande med fast adress i Norden.

Sjukvårdsförsäkring senior kan gälla from 60 års ålder och längst till och med månaden före den försäkrade fyller 75 år (slutålder), om inget annat framgår av gruppavtal.

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

- Att du har omfattats av Sjukvårdsförsäkring via FUAB's grupp-försäkringsavtal
- inte har fyllt 69 år
- är folkbokförd inom Norden,
- omfattas av allmän sjukvård genom nordisk försäkringskassa.

H.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 logikostnader (gäller för en person). Innan resan påbörjas ska sjukvårdsservice kontaktas för godkännande och alla ersättningsberättigade transportkostnader och logikostnader 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 en självrisk på 600 alternativt 1000 kronor per skada beroende på gruppavtalstillhörighet. Självrisken framgår på försäkringsbeskedet.

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.

H.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 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.	
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

H.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.

H.5 Vaccinationservice

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.

Vaccinationservice gäller inte försäkring med remisskrav.

H.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.

H.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, åldringsvård, 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.

H.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. From 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.

H.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).

H.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.

I. Olycksfall Special Senior – Olycksfall & Sjukvård till följd av olycksfallsskada med remisskrav

I.1 Allmänt

Försäkringen gäller dygnet runt, under såväl arbetstid som fritid.

Försäkringen upphör den sista i månaden före den försäkrade fyller 85 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.

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.

I.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.

I.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.

I.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.

I.5 Merkostnader (Olycksfall)

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

- c) skäliga oundvikliga utökade merkostnader som uppstått till följd av olycksfallsskadan, under skadans akuta läknings- och behandlingstid, lämnas försäkringsersättning med maximalt 3 prisbasbelopp.
- d) 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.

I.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 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 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.

I.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.

I.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.

Bestående ärr

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.

I.9 Ersättning vid dödsfall (Olycksfall)

Om det på grund av en olycksfallsskada sker ett dödsfall inom 3 år räknat från skadetillfället utbetalas 1 prisbasbelopp till den försäkrades dödsbo. Är den försäkrade över 67 år vid olyckstillfället utbetalas maximalt ½ pbb. Försäkringsersättning lämnas för medicinsk invaliditet om dödsfall inträffar efter att 1 år har förflutit från den dag då olycksfallsskadan inträffade. Försäkringsersättningen utbetalas efter den medicinska invaliditet som bedöms förelegat, då dödsfallet inträffade. Försäkringsersättningen utbetalas till den försäkrades dödsbo. Försäkringsgivaren utfärdar inte Bouppteckningsintyg.

I.10 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.

I.11 Sjukvård till följd av olycksfallsskada med remisskrav

I.11.1 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.

I.11.2 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 H.17 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.

I.11.3 Transportkostnader

Försäkringen täcker den försäkrades nödvändiga och skäligen rese- och logistikostnader 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 logistikostnader (gäller för en person). Innan resan påbörjas ska vårdplaneringen kontaktas för godkännande och alla ersättningsberättigade transportkostnader och logistikostnader ska alltid godkännas på förhand. Ersättning lämnas för det billigaste färd sättet som hälsotillståndet medger.

I.11.4 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.

I.12 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 skäligen kostnader i regionen eller landet där behandlingen ges. Avseende kostnader som uppstår utanför Sverige: Där det i försäkringsvillkoren finns en begränsning till högst kostnadsskydd, ersätts kostnaden upp till gällande högst kostnadsskydd 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%

I.13 Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

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

I.14 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.

I.15 Ansvarstid och försäkringstid – Sjukvårdsförsäkring 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.

I.16 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).

I.17 Åtgärder vid skada

Anmälan olycksfall som kan ge rätt till ersättning ska alltid göras hos förmedlaren eller på www.vitealife.se, se 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 hos förmedlaren eller på www.vitealife.se och remissen ska bifogas. Vårdplaneringen tar sedan kontakt med den försäkrade/skadelidande per telefon/epost när utredningen är klar.

I.18 Begränsningar i rätten till ersättning – Sjukvårdsförsäkring

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

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

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

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

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

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

försäkrade uteblivit, och inte till försäkringsgivarens vårdplanering/vårdgivaren avbokad senast 24 timmar innan behandlingstid. Kostnaden debiteras den försäkrade.

- professionell sport
- organtransplantation
- konvalescens
- förebyggande hälsokontroller
- permanenta medicinska hjälpmedel, t.ex. hörapparat, fotbäddar, glasögon, linser mm
- förlorad arbetsinkomst
- försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk av alkohol, narkotika, narkotikaklassade läkemedel, sömnmedel, dopingpreparat eller missbruk av andra läkemedel eller berusningsmedel.

J. 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.

K. 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.

L. 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.

Arbetsförmåga: Med arbetsförmåga menas att den försäkrade har fått arbetsförmågan helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfallsskada och har rätt till socialförsäkringsförmån från Försäkringskassan. Nedsättningen bedöms normalt enligt Socialförsäkringsbalken (2010:110) om inte annat anges. För att fastställa rätt till ersättning har försäkringsgivaren rätt att kräva att den försäkrade undersöks hos särskilt anvisad läkare.

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.

Frivillig gruppförsäkring: Försäkring som en gruppmedlem frivilligt ansöker om eller omfattas av efter att ha avstått från att avböja försäkringen inom viss tid (reservationsanslutning).

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.

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 seniorförsäkringen 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
- Kritisk Sjukdom: när diagnos fastställs under försäkringstiden
- Olycksfall: när rätten till ersättning inträder
- Kombinerade Olycksfall och vårdförsäkring: när rätten till ersättning inträder och/eller när remiss sänts in till försäkringsgivarens vårdplanering

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.

Obligatorisk/kollektiv gruppförsäkring: Försäkring som den försäkrade är direkt ansluten till genom gruppavtalet.

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 specialistläkare.

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 ineliggande vid en vårdenhet under minst en natt. Med sjukhusvård avses inte permission.

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 symtom eller förelegat före försäkringens ikraftträdande, även om diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringen trätt i kraft.

knif⁰trygghet

Vitea Life