



Försäkringsvillkor Kritisk Sjukdom
KSS 24:01

Vitea
Life

Innehåll

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

C.8 Patientskador.....	12
D. REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL.....	13
D1. Åtgärd vid ersättningsanspråk	13
D2. Värdesäkring.....	13
D3. Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser	13
D4. Preskription.....	14
D5. Registrering av skadeanmälan	14
E. KRITISK SJUKDOM (DIAGNOSFÖRSÄKRING)	15
E.1 Allmänt.....	15
E.2 Vad försäkringen ersätter	15
E.3 Ersättningens storlek	15
E.4 Förutsättningar för ersättning.....	15
E.5 Regler och begränsningar.....	15
E.6 Ersättningsbara sjukdomar/diagnoser (1-8).....	16
E.7 Dödsfall innan slutreglering har skett	17
E.8 Kristerapi	17
F. OM VI INTE KOMMER ÖVERENS	17
G. BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER.....	18
H. DEFINITIONER/ORDLISTA.....	18

A. ALLMÄNNA FÖRSÄKRINGSREGLER

A.1 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.

A.2 Inledning

Avtal om grupp försäkring tecknas mellan företrädare för de försäkringsberättigade och försäkringsgivaren.

Försäkringsvillkoret beskriver de försäkringsprodukter som kan ingå i en försäkring, och försäkringsvillkoren tillhandahålls på svenska och all kommunikation sker på svenska.

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

A.3 Gruppavtal och grupp försäkringsplan

Till grund för grupp försäkringen finns ett avtal – gruppavtal. Gruppavtalet innehåller bland annat bestämmelser om:

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

Ett giltigt gruppavtal är en förutsättning för ett enskilt avtal om grupp försäkring. Ett ingånget gruppavtal löper normalt sett på 1 år om inget annat avtalats.

Om gruppavtalet sägs upp innebär det att samtliga försäkringar upphör att gälla. En uppsägning av gruppavtal kan ske av företrädare för gruppen eller av försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren har skyldighet att, även vid grupp företrädarens uppsägning, underrätta de försäkrade.

För grupp försäkringen gäller vad som anges i gruppavtalet. Dessutom gäller vad som anges i försäkringsbeskedet, försäkringsvillkoren, försäkringsavtalslagen (FAL) och svensk lag i övrigt. Förutom gruppavtal finns även en grupp försäkringsplan 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/grupp försäkringsplan har företrädare framför bestämmelser i dessa villkor.

A.4 Försäkringsvillkor, försäkringsansökan och försäkringshandlingar

Försäkringsvillkoren beskriver ikraftträdande, förlängning, uppsägning och premiebetalning.

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

Försäkringsbeskedet ger besked om försäkring och försäkringsbelopp. Utifrån försäkringsbeskedet kan den försäkrade utläsa vilka regler som är tillämpliga.

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

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

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

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

A.5 Ändring av gruppförsäkringsavtal

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

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

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

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

A.6 Rätt att ansöka om försäkring

Följande personer har rätt att ansöka om inträde i försäkringen, under förutsättning att följande nedanstående kriterier är uppfyllda:

- fyllt 18 men inte 67 år, högre ålder kan förekomma enligt överenskommelse med förmedlaren under begränsade avtalade tidsperioder, men framgår då på försäkringsansökan eller utsända handlingar från förmedlaren.
- är bosatt och folkbokförd i Sverige och inskriven i svensk försäkringskassa
- uppfyller kraven för gruppmedlemskap eller som medförsäkrad
- försäkringen gäller med symtomklausul för befintliga åkommor*

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

*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 Tecknings och hälsoprövningsregler

Tecknings- och hälsoprövningsreglerna kan variera mellan olika gruppavtal men framgår på försäkringsansökan och gruppavtalet. För vissa försäkringar ställs ett högre krav, och det innebär att den försäkrade ska fylla i och besvara en hälsodeklaration.

Detta gäller också för rätt till höjning av valt försäkringsbelopp eller annan utökning av försäkringsskyddet.

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

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

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

A.8 Anslutningsformer

Anslutning till gruppförsäkringen kan ske på olika sätt, se nedan.

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

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

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

A.9 När försäkringen börjar gälla (Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring)

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

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

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

A.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

Den försäkrade 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

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

Första premien:

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

Förnyelsepremie:

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

Uppsägning p.g.a obetald premie:

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

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

Premiefrielse:

Premiefrielse ingår ej.

A.14 Återupplivning

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

Om försäkringen återupplivas, gäller försäkringen inte för försäkringsfall som inträffat under den tid då försäkringen inte var i kraft, inte heller för försäkringsfall som inträffat efter det att

försäkringen återupplivats, om försäkringsfallet har sitt ursprung från en händelse som inträffade då försäkringen inte var i kraft. Försäkringsgivarens ansvar inträder först från och med dagen efter den dag då premiebeloppet betalats.

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

A.15 Återbetalning av premie

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

A.16 När försäkringen upphör

Försäkringen gäller längst till dess att försäkrad gruppmedlem uppnår den slutålder som anges i produktvillkoret. Försäkringsmomenten Kritisk Sjukdom upphör dessförinnan om ersättning för tre diagnoser utbetalats. Grupp-försäkringen upphör dessförinnan att gälla om:

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

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 Fortsättningsförsäkring

Någon rätt till fortsättningsförsäkring gäller inte på grund av försäkringens art.

A.18 Rätt att ansöka om Seniorförsäkring

Någon rätt till seniorförsäkring gäller inte på grund av försäkringens art.

A.19 Efterskydd

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

Begränsningar:

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

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

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

Undantag:

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

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

A.20 Överlåtelse och Pantsättning

Försäkringen får inte överlåtas eller pantsättas.

B. BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS ANSVAR

B.1 Upplysningsplikt

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

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

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

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

B.2 Oriktiga uppgifter

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

B.3 Framkallande av försäkringsfall

Om försäkrad med uppsåt framkallar ett försäkringsfall utbetalas ingen ersättning.

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

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

B.4 Självmord

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

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

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

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

- varit påverkad av, eller skadan kan anses föranletts av alkohol, andra berusningsmedel, 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.

Sjukdomar och skador till följd av missbruk:

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som har samband med eller beror på följer av missbruk och/eller överkonsumtion av alkohol, andra berusningsmedel, droger, narkotiska preparat, dopingpreparat eller läkemedel.

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

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.

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

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

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

C. BEGRÄNSNINGAR I FÖRSÄKRINGARNAS GILTIGHET

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

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

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

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

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

C.2 Om den försäkrade flyttar utomlands

Om den försäkrade flyttar utomlands gäller följande:

- Kritisk Sjukdom kan behållas om den försäkrade flyttar inom Norden

Förutsättningen för ovanstående är att försäkringsgivaren kan sända försäkringshandlingarna till adress inom Sverige.

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 sk. Krigspremie för försäkringen som omfattas av krigsansvarighet.

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

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

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

C.4 Vid flygning

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

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

C.5 Undantag avseende sport och idrott

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

C.6 Epidemi, pandemi

Försäkringen omfattar inte sådan sjukdom, eller följder därav, som Världshälsoorganisationen (WHO) fastställts som epidemi eller pandemi.

C.7 Force Majeure

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

C.8 Patientskador

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

D. REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL

D1. Åtgärd vid ersättningsanspråk

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

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

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

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

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

Försäkringsgivaren kan begära att den försäkrade inställer sig för undersökning och behandling av särskilt anvisad läkare eller vårdinrättning. Kostnad betalas i dessa fall av försäkringsgivaren. Om försäkrad inte följer anvisningar kan rätten till ersättning reduceras, upphöra eller utebli.

Den som gör anspråk på ersättning för kostnader ska kunna styrka detta med originalkvitto.

D2. Värdesäkring

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

D3. Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser

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

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

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

Dröjsmålsränta betalas inte om dröjsmålet beror på:

- krig eller politiska oroligheter
- lagbud
- myndighetsåtgärd
- strejk

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

D4. Preskription

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

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

Preskriptionstiden börjar löpa när rätt till ersättning från försäkringen föreligger.

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

D5. Registrering av skadeanmälan

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

E. KRITISK SJUKDOM (DIAGNOSFÖRSÄKRING)

E.1 Allmänt

Ersättning betalas ut om den försäkrade drabbas av en ersättningsbar definierad diagnos enligt punkt E.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 månad den försäkrade fyller 85 år (slutålder). Försäkringsskyddet för en medförsäkrad till gruppmedlem upphör den månad som försäkrad gruppmedlem uppnår slutåldern.

Nyteckning av försäkring 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.

E.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.

E.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

18 – 65 år	60 000 kr
66 – 69 år	40 000 kr
70 – 74 år	34 000 kr
75 – 85 år*	27 000 kr

*slutålder mändanden då 85 års dagen infaller.

E.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.

E.5 Regler och begränsningar

Försäkringsersättning för diagnos måste vara fastställd senast den månad gruppmedlemmen fyller 85 år. Ersättning lämnas bara för diagnos orsakad av sjukdom.

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 har anslutit dig till försäkringen i samband med inträdet i den försäkringsberättigade gruppen eller i samband med annat starterbjudande. 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.

E.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 lokalisering) 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 symptom 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.

E.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.

E.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.

F. 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

Twist 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.

G. 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.

H. DEFINITIONER/ORDLISTA

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 försäkrad till kännedom eller att försäkrad borde känna till vid tidpunkten för anslutning till försäkringsavtalet. Existerande sjukdom kan ha samband med 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.

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

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

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

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

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

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

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

Försäkringstagare: En fysisk eller juridisk person som tecknat Gruppförsäkring.

Försäkringstid: Den tid den försäkrade omfattas av försäkringen.

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

Försäkringsfall: Den händelse som enligt försäkringsvillkoren kan ge rätt till ersättning. För Kritisk Sjukdom är tidpunkten för försäkringsfallet när den ersättningsberättigade diagnosen fastställdes.

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)

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.

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

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

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 avses inte frivilligt orsakad kroppsskada. Sjukdomen anses ha inträffat den dag försämringen blev påvisbar och konstaterad av läkare.

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

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.

knif^o trygghet

Vitea
Life