

NORDEUROPA

Gruppförsäkringsvillkor Nordeuropa Senior

Försäkringsvillkor GRF Senior 23:01

Gäller från 2023-01-01

Innehåll

Gruppförsäkringsvillkor Nordeuropa Senior	1
1 Ordlista – Definitioner	5
2 Allmänna försäkringsregler	7
2.1 Försäkringsgivare	7
2.2 Inledning Gruppavtal, Gruppförsäkringsvillkor	7
2.3 Gruppavtal, Gruppförsäkringsplan och Försäkringsbesked	7
2.4 Ändring av Gruppavtalet	7
2.5 Rätt att ansöka om försäkring	7
2.6 Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp	8
2.7 Hälsokrav.....	8
2.8 Sekretess	8
2.9 Upplyningsplikt	8
2.10 När försäkringen börjar gälla	8
2.11 Teckna försäkring	8
2.12 Ångerrätt.....	8
2.13 Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen	9
2.14 Premie och Premiebetalning	9
2.15 Premiefrielse.....	9
2.16 Återupplivning	9
2.17 Återbetalning av premie.....	9
2.18 Försäkringsfall/skadefall	9
2.19 När försäkringen upphör att gälla	9
2.20 Efterskydd.....	10
2.21 Seniorförsäkring	10
3 Begränsningar av försäkringsgivarens ansvar, allmänna begränsningar och undantag	10
3.1 Oriktig eller ofullständig uppgift	10
3.2 Framkallande av försäkringsfall	10
3.3 Själv mord	10
3.4 Vårdslöshet eller brottslig handling och påverkan av alkohol med mera	10
3.5 Sjukdomar eller skador till följd av missbruk.....	10
3.6 Undantag för sjukdom/ symtom som visat sig innan försäkringen började gälla	11
3.7 Vid flygning	11
3.8 Undantag avseende sport och idrott.....	11
3.9 För nytecknad försäkring som beviljats utan krav på att tidigare haft gruppförsäkring och/eller fortsättningsförsäkring	11

3.10	Vid utlandsvistelse som inte berörs av begränsningar vid krigstillstånd eller politiska oroligheter....	11
3.11	Om den försäkrade flyttar utomlands.....	11
3.12	Undantag avseende terrorism och massförstörelse.....	11
3.13	Force Majeure	12
3.14	Vid deltagande i främmande krig eller vistelse i land utanför Sverige där krig eller politiska oroligheter råder.....	12
3.15	Undantag avseende Patientskador.....	12
4	Produktvillkor Livförsäkring.....	12
4.1	Allmänt.....	12
4.2	Livförsäkringsbelopp och åldersreduktion.....	12
4.3	Förmånstagarförordnande Livförsäkring.....	12
5	Produktvillkor Kritisk sjukdom.....	13
5.1	Allmänt.....	13
5.2	Vad försäkringen ersätter	13
5.3	Ersättnings storlek.....	13
5.4	Förutsättningar för ersättning	14
5.5	Undantag och begränsningar	14
5.6	Överlåtelse	14
5.7	Ersättningsbara sjukdomar/diagnoser eller händelser	14
6	Produktvillkor Olycksfallsförsäkring	15
6.1	Allmänt.....	15
6.2	Definition av Olycksfallsskada.....	15
6.3	Omfattning.....	15
6.4	Ingående ersättningsmoment.....	15
6.5	Ersättning för kostnader - allmänt.....	16
6.6	Läkekostnader.....	16
6.7	Tandskadekostnader.....	16
6.8	Resekostnader.....	17
6.9	Merkostnader.....	17
6.10	Rehabiliteringskostnader & handikapphjälpmedel.....	18
6.11	Ersättning vid invaliditet.....	18
6.11.1	Medicinsk invaliditet.....	18
6.12	Krishjälp.....	19
7	Produktvillkor Sjukvårdsförsäkring – Olycksfall	20
7.1	Allmänt.....	20
7.2	Omfattning.....	20

7.3	<i>Ersättningsbelopp och självrisk/remiss</i>	20
7.4	<i>Ersättningsmoment</i>	20
7.5	<i>Vårdgaranti</i>	21
7.6	<i>Begränsningar i rätten till ersättning</i>	21
7.7	<i>Ansvarstid och försäkringstid</i>	21
7.8	<i>Åtgärder vid skada</i>	21
8	Reglering av skada/försäkringsfall	21
8.1	<i>Åtgärder vid anspråk på ersättning</i>	21
8.2	<i>Värdesäkring</i>	22
8.3	<i>Tidpunkt för utbetalning och räntebestämmelser</i>	22
8.4	<i>Preskription</i>	22
8.5	<i>Regressrätt</i>	22
8.6	<i>Behandling av personuppgifter</i>	22
8.7	<i>Skadeanmälningsregistret</i>	22
9	Om vi inte skulle komma överens	23

1 Ordlista – Definitioner

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

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.

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

Bestående arbetsförmåga: Arbetsförmåga som av försäkringsgivaren bedöms som livsvarig.

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

Frivillig gruppförsäkring: Försäkring som man frivilligt ansluter sig till genom egen försäkringsansökan.

Fullt arbetsför: För att anses som fullt arbetsför ska försäkrings sökande:

- 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 somatisk (icke psykisk) karaktär.

Förskydd: Den tid när en ny medlem automatiskt ansluts utan hälsodeklaration och omfattas av det premiefria grundskyddet, under förutsättning att den försäkrade är fullt arbetsför.

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

Försäkringsbesked: För gruppförsäkring utfärdas till gruppledare ett gruppförsäkringsbesked som ger en översiktlig information om tecknade försäkringar och försäkringarnas omfattning.

Försäkringsavtal: Ett avtal som gäller för varje enskild försäkrad persons försäkring, och som innefattar försäkringsansökan, gruppavtal, försäkringsvillkor, teckningsregler, försäkringsavtalslagen och svensk rätt i övrigt.

Försäkringsberättigad grupp: De personer som tillhör den definierade grupp som äger rätten att ansluta och/eller ansöka om gruppförsäkring, till exempel anställda i ett specifikt företag.

Förmedlare: Med försäkringsförmedlare avses försäkringsombud och försäkringsmäklare. Förmedlare lägger fram eller föreslår försäkringsavtal och utför annat förberedande arbete innan försäkringsavtal ingås med Nordeuropa Försäkring.

Försäkringsgivare: Försäkringsgivare företräds av Nordeuropa Försäkring AB, org. nr. 556632-6657

Försäkringstagare: Varje försäkrad person räknas som försäkringstagare när det gäller rätten till försäkringsersättning och rätten att skriftligen anmäla in förnärstagare. Till barnskyddet är försäkringstagaren det försäkrade barnet. I försäkring som överlätts via till exempel ett kompanjonavtal, där är försäkringstagaren den juridiska eller privatperson, som under försäkringstiden äger försäkringen.

Försäkringstid: Den tid den försäkrade omfattas av gruppförsäkringen.

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

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

Gruppförsäkringsavtal: Till grund för gruppförsäkringen ligger ett avtal (gruppavtal) mellan försäkringsgivare Nordeuropa Försäkring och gruppen. Gruppförsäkringsavtalet innehåller bland annat bestämmelser om ikraftträdande, förlängning och uppsägning. En förutsättning för den enskilda försäkringens giltighet är att gruppavtalet består.

Gruppföreträdare: Den person som är utsedd att företräda gruppen i kontakten med försäkringsgivaren.

Gruppmedlem: Gruppmedlem är den person som tillhör den grupp som kan försäkras enligt gruppförsäkringsavtalet.

ICD-kod: De angivna ICD-koderna refererar till den internationella statistiska klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem ICD-10, fastställd av Världshälsorganisationen. 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/maka, registrerad partner eller sambo, som i denna egenskap är försäkrad.

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

Obligatorisk/kollektiv gruppförsäkring: Försäkring där den försäkrade är direkt ansluten 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 den tiden, har rätten till ersättning förlorats genom preskription.

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

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

Registrerad partner: Person med vilken gruppmedlem låtit registrera partnerskap enligt lagen om registrerat partnerskap.

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: Person som gruppmedlemmen stadigvarande bor tillsammans med i ett parförhållande och har ett gemensamt hushåll med enligt Sambolagen (2003:376).

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

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

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

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

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

Symptomklausul: Försäkringen beviljar inte ersättning 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.

2 Allmänna försäkringsregler

2.1 Försäkringsgivare

Nordeuropa Försäkring AB, org. nr. 556632-6657 ("Nordeuropa"), är företrädare för försäkringsgivaren Gjensidige Forsikring ASA Norge (Gjensidige), svensk filial org nr 516407-0384, en filial till Gjensidige Forsikring ASA, org.nr 995 568 217. Avtal om gruppförsäkring tecknas mellan företrädare för de försäkringsberättigade och Nordeuropa Försäkring AB. Verksamheten står under tillsyn av Finansinspektionen och lyder under svensk lag. Försäkringsvillkoren tillhandahålls på svenska och all kommunikation mellan försäkrad och Nordeuropa Försäkring AB sker på svenska. Alla utskick avseende försäkrads försäkringsinnehav sker till folkbokföringsadressen, såvida det inte överenskommit om annat.

2.2 Inledning Gruppavtal, Gruppförsäkringsvillkor

Gruppförsäkringsvillkoren beskriver de försäkringsmoment som ingår i Gruppavtalet avtalet, ikraftträdande, förlängning, uppsägning och premiebetalning. Försäkringsbeskedet ger besked om vilka försäkringsmoment som den försäkrade valt att teckna. 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.

Försäkrad/medförsäkrad måste, om inte annat framgår av gruppförsäkringsavtalet vid tidpunkten för tecknandet av försäkringen, vara bosatt och folkbokförd i Sverige samt inskriven i svensk försäkringskassa.

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

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

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.

Utifrån försäkringsbeskedet kan gruppmedlemmen utläsa vilka försäkringsalternativ som är tillämpliga i detta villkor och därmed vilka regler som är tillämpliga.

Bestämmelse i Gruppavtal eller Gruppförsäkringsplan har företräde framför bestämmelser i dessa villkor. För försäkringsavtalet gäller utöver vad som anges i Gruppavtal och dessa villkor dessutom vad som anges i lagen om försäkringsavtal och allmän svensk rätt i övrigt, oavsett var den försäkrade/försäkringstagaren har sin hemvist/vistelseort.

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

2.4 Ändring av Gruppavtalet

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

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

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.

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 myndighets beslut.

2.5 Rätt att ansöka om försäkring

Följande personer har rätt att ansöka om inträde, utökning eller höjning av försäkringar, under förutsättning att för var tid gällande underlag för hälsoprövning lämnas:

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

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

Medförsäkrad måste, om inte annat framgår av gruppförsäkringsavtalet vid tidpunkten för tecknandet av försäkringen, vara bosatt och folkbokförd i Sverige samt inskriven i svensk Försäkringskassa.

2.6 Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp

Nyteckning av försäkring eller höjning av försäkringsbelopp kan inte göras för olycksfall- och sjukvårdsförsäkring olycksfall efter att den försäkrade uppnått 75 års ålder. För övriga försäkringar gäller att den försäkrade haft gällande försäkring i minst 6 månader via Nordeuropa, om inte Grupp-försäkringsplan medger andra tidpunkter.

2.7 Hälsokrav

För att kunna omfattas av försäkring krävs tidigare gällande försäkring eller hälsodeklaration vid den tidpunkt då försäkring söks eller den tidpunkt då kollektiv anslutning till försäkring sker. Detta gäller också för rätt till höjning av valt försäkringsbelopp eller annan utökning av försäkringskyddet. För inträde i försäkring, höjning eller utökning av försäkring gäller vid var tid gällande hälsokrav.

2.8 Sekretess

För grupp-försäkring 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.

2.9 Upplyningsplikt

Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldig att på försäkringsgivarens begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Försäkringstagaren och 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.

Grupp-företrädaren 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 grupp-företrädaren eller försäkringsgivaren om försäkrad/medförsäkrad inte längre kan omfattas av grupp-försäkringen. 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.

2.10 När försäkringen börjar gälla

Frivillig grupp-försäkring/Obligatorisk grupp-försäkring

Försäkringen börjar gälla från dagen efter den dag då fullständig skriftlig ansökan/hälsodeklaration skickats in till Nordeuropa Försäkring eller grupp-företrädare, under förutsättning att försäkringen kan beviljas enligt de vid var tid gällande riskbedömningsregler försäkringsgivaren tillämpar. Vid tvist om begynnelse-datum gäller ankomst-datum hos Nordeuropa Försäkring, om inte försäkringstagaren kan styrka annat datum för avsändande. Framgår det av Gruppavtal eller ansökan att försäkringen ska gälla först från en senare tidpunkt gäller denna senare tidpunkt.

För utökning och höjning av försäkringskydd 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.

Både obligatorisk och frivillig försäkring kan erbjudas mot normala premier och villkor alternativt med klausul och/eller med förhöjd premie. Om försäkring beviljas med klausul och/eller med förhöjd premie, inträder försäkringsgivarens ansvar först sedan den försäkrade erbjudits försäkringen och accepterat erbjudandet.

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

2.11 Teckna försäkring

Om du som försäkrad och/eller medförsäkrad omfattats av försäkringar via Nordeuropa Försäkring, har du rätt att teckna seniorförsäkring i samband med utträdet ur gruppavtalet. Utrådet ska bero på slutålder för gruppavtalet. Även medförsäkrad ska träda ur gruppen när du som försäkrad gruppmedlem uppnår slutåldern för gruppavtalet. Ansökan om seniorförsäkring måste insändas till försäkringsgivaren inom 3 månader från den dag du träder ur grupp-försäkringen. För seniorförsäkringen gäller dessa särskilda försäkringsvillkor.

Du kan även ansöka om försäkring mot hälsokrav.

Är försäkringen tecknad i Nordeuropa Försäkring 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/ grupp-företrädare.

2.12 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 Nordeuropa Försäkring inom ångerfristen. Försäkringen sägs då upp från begynnelse-dagen. Har premie inbetalats, återbetalas premien och bolaget har inget ansvar.

2.13 Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen

Den försäkrade har alltid rätt att under försäkringstiden säga upp ett frivilligt försäkringsavtal. Försäkringsgivaren har alltid rätt till premiebetalning för den tid försäkringen varit gällande.

2.14 Premie och Premiebetalning

Beräkning av premien görs för ett år i taget och bestäms bland annat med hänsyn till gruppens sammansättning, till exempel 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 from 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 Nordeuropa Försäkring.

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 försäkringsgivaren avsänt premiefaktura.

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 på grund av frihetsberövande, svår sjukdom, utebliven pension eller lön.

2.15 Premiebefrielse

Premiebefrielse ingår ej.

2.16 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 premie betalats. Premiebetalningen ska avse hela den premieperiod för vilken premien varit obetald. Försäkringen blir gällande på nytt dagen efter den dag premie betalats. 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 ikraft, 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 ikraft. 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.

2.17 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 51 kronor återbetalas inte. Är försäkringsavtalet ogiltigt enligt 12 kap 2 § första stycket i lagen om försäkringsavtal, återbetalas inte premie för förfluten tid.

2.18 Försäkringsfall/skadefall

Tidpunkt för försäkringsfallet är vid:

- Livförsäkring: den tidpunkt då den försäkrade avlidit
- Kritisk sjukdom: efter definierad diagnos är fastställd
- Sjukvårdsförsäkring olycksfall: anmält en ersättningsbar skada

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.

2.19 När försäkringen upphör att gälla

Gruppöförsäkringen gäller längst till dess att försäkrad gruppmedlem uppnår den slutålder som finns angiven i gruppavtalet. Försäkringsmomenten Kritisk Sjukdom upphör dessförinnan om ersättning utbetalats till 100 procent.

Gruppöförsäkringen upphör dessförinnan att gälla om:

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

Medförsäkrads försäkring

Upphör gruppmedlemmens försäkring upphör också medförsäkrades 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

2.20 Efterskydd

Om försäkrad utträder ur gruppen, 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/registerad partner är medförsäkrad och äktenskapet/samboförhållandet/registerade 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.

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 gått i annulation på grund av 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 går i annulation på grund av obetald premie. Efterskyddet gäller inte om försäkrad under efterskyddstiden ansluter sig till en annan grupp försäkring eller tecknar fortsättningsförsäkring.

2.21 Seniorförsäkring

Rätt att ansöka om Seniorförsäkring föreligger, i samband med utträde ur gruppavtalet, om försäkrad och/eller medförsäkrad omfattats av liv- och/eller olycksfallsförsäkring under minst 6 månader. Utträdet ska bero på antingen ålderspensionering eller slutålder för gruppavtalet. Även medförsäkrad ska träda ur gruppen när försäkrad gruppmedlem uppnår slutåldern för gruppavtalet.

Ansökan om seniorförsäkring ska vara Nordeuropa Försäkring tillhanda senast inom 3 månader från utträdesdag ur grupp försäkringen eller inom 3 månader från den dag då fortsättningsförsäkringen upphört. För seniorförsäkringen gäller särskilda försäkringsvillkor.

Om speciellt förmånstagarförordnande skriftligt meddelats bolaget upphör detta att gälla vid övergång till Seniorförsäkring.

3 Begränsningar av försäkringsgivarens ansvar, allmänna begränsningar och undantag

3.1 Oriktig eller ofullständig uppgift

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 allmän 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.

3.2 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.

3.3 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.

3.4 Vårdslöshet eller brottslig handling och påverkan av alkohol med mera

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 skadevällande händelsen föranletts av försäkrad i sådant sinness tillstånd som avses i 30 kap 6 § Brottsbalken.

3.5 Sjukdomar eller skador till följd av missbruk

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

3.6 Undantag för sjukdom/ symtom som visat sig innan försäkringen började gälla

Försäkringen gäller inte för sjukdom, kroppsfel 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.

3.7 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.

3.8 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.

3.9 För nytecknad försäkring som beviljats utan krav på att tidigare haft gruppförsäkring och/eller fortsättningsförsäkring

Försäkring som nytecknats och beviljats utan krav på tidigare försäkring gäller endast för nya åkommor och skador som inträffat efter försäkringens tecknande. Följande omfattas inte av försäkringen:

- 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.
- försäkringen omfattar endast nya åkommor/skador.

Ovanstående gäller inte om man sökt seniorförsäkring inom tre månader från uppnådd slutålder på tidigare försäkring.

3.10 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 endast försäkringsmomenten Medicinsk invaliditet och Dödsfall som inträffar i direkt anslutning till olycksfallet. Dock lämnas ersättning för kostnader som uppstått i Sverige efter olycksfallsskada utanför Norden. Även sjukperiod som fortsätter efter hemkomst till Sverige eller till annat land inom Norden berättigar till ersättning från sjukförsäkringen. Datum för hemkomsten är den dag som sjukperioden försäkringsmässigt är påbörjad. Den försäkrade ska tillhandahålla handlingar som styrker arbetsförmågan och sjukperiod från landets (inom Norden) allmänna försäkringssystem (landets motsvarighet till Försäkringskassan).

3.11 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. Vid olycksfall utanför Norden gäller endast försäkringsmomenten Medicinsk invaliditet inträffar i direkt anslutning till olycksfallet. Vid skadefall är den försäkrade skyldig att styrka sin omfattning i aktuella landets socialförsäkringssystem enligt Nordisk konvention om social trygghet, samt inkomst och ersättningsnivåer från detta system som gäller för den försäkrade.

3.12 Undantag avseende terrorism och massförstörelse

Försäkringen gäller inte för skadefall som helt eller delvis, direkt eller indirekt, orsakats av, eller är en följd av, eller som förvärrats av:

Nyttjande av biologiska massförstörelsevapen:

Med det menas spridande, avlossande, avgivande, utsläppande eller läckande av sjukdomsalstrande mikroorganism och/eller biologiskt framtaget toxin, inkluderat genetiskt modifierade organismer eller toxin som är syntetiskt framtaget och som kan orsaka arbetsförmåga, invaliditet eller dödsfall hos människor eller djur.

Nyttjande av kärnmassförstörelsevapen:

Med det avses explosivt kärnvapen eller anordning, samt spridande, avlossande, avgivande, utsläppande eller läckande av klyvbar materia som sprider radioaktivitet tillräckligt för att orsaka arbetsförmåga, invaliditet eller dödsfall hos människor eller djur.

Nyttjande av kemiska massförstörelsevapen:

Med det avses spridande, avlossande avgivande, utsläppande eller läckande av fast, flytande eller gasformig materia som kan orsaka arbetsförmåga, invaliditet eller dödsfall hos människor eller djur.

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

Med terroristhandling avses handling genomförd av en person, eller grupp av personer, med politiska, ideologiska, religiösa eller liknande syften, med avsikt att påverka regeringar eller att försätta allmänheten, eller delar av allmänheten, i fara. Terroristhandling kan inkludera, men inte begränsas, till det faktiska användandet av våld, makt eller hot om sådant. Terroristerna kan antingen agera individuellt, eller på uppdrag av, eller i samarbete med annan organisation eller regering.

3.13 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 stridsåtgärder i arbetslivet.

3.14 Vid deltagande i främmande krig eller vistelse i land utanför Sverige där krig eller politiska oroligheter råder

Gruppförsäkringen gäller inte vid deltagande i krig eller politiska oroligheter 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 politiska oroligheter.

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. Vid krigsförhållanden i Sverige gäller särskild lagstiftning, se lag 1999:890, om försäkringsverksamhet under krig eller krigsfara mm. Av lagstiftningen följer bl. a att försäkringsgivaren har rätt att ta ut tilläggspremie (krigspremier) för försäkringen som omfattas av krigsansvarighet.

3.15 Undantag avseende Patientskador

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskedeförsäkring 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.

4 Produktvillkor Livförsäkring

4.1 Allmänt

Livförsäkring med barnskydd omfattar följande moment

- Livförsäkringsbelopp med åldersreduktion

Försäkringen är i skattehänseende en kapitalförsäkring. Livförsäkringen upphör den sista i den månaden den försäkrade uppnår 80 års ålder, om inget annat framgår av Gruppvtalet.

4.2 Livförsäkringsbelopp och åldersreduktion

Försäkringsbeloppet utbetalas om den försäkrade avlider under försäkringstiden.

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	0,45	0,90	1,35	1,80
69	0,40	0,80	1,20	1,60
70	0,35	0,70	1,05	1,40
71	0,33	0,65	0,98	1,30
72	0,30	0,60	0,90	1,20
73	0,28	0,55	0,83	1,10
74	0,25	0,50	0,75	1,00
75	0,23	0,45	0,68	0,90
76	0,20	0,40	0,60	0,80
77	0,18	0,35	0,53	0,70
78	0,15	0,30	0,45	0,60
79	0,13	0,25	0,38	0,50

4.3 Förmånstagarförordnande Livförsäkring

Förmånstagarare är den som vid den försäkrades död har rätt till livförsäkringsbeloppet. Livförsäkringsbeloppet utbetalas i enlighet med anmält förmånstagarförordnande.

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

För gruppmedlems försäkring:

- make/maka, registrerad partner eller sambo
- gruppmedlemmens arvingar

För medförsäkrads försäkring

- a) gruppedlemmen om denna är den medförsäkrades make/maka, registrerad partner eller sambo
- b) den medförsäkrades arvingar

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

Förordnande till förmån för make/maka respektive registrerad partner upphör att gälla när ansökan om äktenskapsskillnad respektive ansökan om upplösning av partnerskap inkommit till domstol.

Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

Blankett för särskilt förmånstagarförordnande kan rekvideras från försäkringsgivaren. Särskilt förmånstagarförordnande upphör att gälla vid övergång till Fortsättningsförsäkring eller om försäkrad byter gruppstillhörighet och omfattas av annat Gruppavtal.

Förmånstagarförordnandet kan inte ändras genom testamente.

Avstående

Har förmånstagaren avlidit eller helt eller delvis valt att avstå ifrån sin rätt, inträder den som därmäst är berättigad till ersättning enligt förmånstagarförordnandet. 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 särskild blankett beställas från försäkringsförmedlaren som företräder den försäkrade gruppen alternativt från försäkringsgivaren. Förmånstagarförordnande kan inte ändras genom ett testamente. Särskilt förmånstagarförordnande och/eller överlåtelse förfaller vid byte av försäkringsgivare eller övergång till fortsättningsförsäkring.

Förmånstagarförordnande gäller inte en överlätten försäkring där försäkringstagare är annan än försäkrad.

5 Produktvillkor Kritisk sjukdom

5.1 Allmänt

Försäkringen lämnar ersättning om försäkrad drabbas av en definierad diagnos. Försäkringsbeloppet utbetalas som ett engångsbelopp. Kritisk sjukdom upphör vid utgången av den månad då den försäkrade fyller 85 år.

5.2 Vad försäkringen ersätter

Försäkringen lämnar ersättning när försäkrad under försäkringstiden drabbas av sjukdom/diagnos eller händelse som beskrivs nedan.

Försäkringen betalar ut ersättning efter 3 månader (30 dagar för hjärtinfarkt) från det att sjukdomen eller händelsen blivit diagnostiserat, förutsatt att försäkrad är vid liv. Skulle försäkrad avlida inom de ovan nämnda 3 månaderna (30 dagar för hjärtinfarkt) betalas ingen ersättning ut.

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

5.3 Ersättningens storlek

Hela försäkringsbeloppet utbetalas som ett engångsbelopp enligt nedanstående tabell. Utbetalning från försäkringen grundas på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället. Ersättningen utbetalas till den försäkrade.

Diagnosförsäkringen ger ett försäkringsbelopp på 0,5 prisbasbelopp (pbb) vid försäkringsfall till och med 67 års ålder. Från och med 68 års ålder trappas försäkringsbeloppet ner med stigande ålder enligt tabell nedan. Vid utgången av den månad då den försäkrade fyller 85 år upphör försäkringen.

Ålder då försäkringsfallet inträffar Försäkringsbelopp

65 – 67 år	0,5 pbb
68 – 71 år	0,5 pbb minus 20% i åldersavtrappning
72 – 75 år	0,5 pbb minus 40% i åldersavtrappning
76 – 79 år	0,5 pbb minus 60% i åldersavtrappning
80 – 85 år	0,5 pbb minus 60% i åldersavtrappning

Försäkringsbeloppet fastställs utifrån den åldern man har när sjukdomen/händelsen blivit diagnostiserad för en enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigad diagnos. Försäkringsfallet/utbetalning av ersättning se punkt 5.2.

5.4 Förutsättningar för ersättning

När en behörig läkare har fastslagit diagnosen kritisk sjukdom anses sjukdomen diagnostiserad, inte när försäkrad 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.

5.5 Undantag och begränsningar

Försäkringen gäller inte för sjukdom, besvär, funktionshinder eller kroppsfel och inte heller följer av sådana tillstånd, som visat sig innan försäkringen tecknades eller inom de 12 första månaderna efter det att försäkringen trätt ikraft, (vid bröstcancer 6 månader) även om diagnosen eller orsaken kan fastställas först sedan försäkringen trätt ikraft.

Ersättning utbetalas inte vid diagnos som anges i detta villkor om den försäkrade före Diagnosförsäkring Seniors ikraftträdande haft samma diagnos. Detta gäller även sen komplikationer av en sjukdom, såsom diabetesretinopati (blindhet hos diabetiker) eller spridning av en sjukdom såsom metastasering

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

5.6 Överlåtelse

Försäkring för Kritisk sjukdom kan överlåtas till någon som enligt gruppavtalet kan omfattas av försäkringen. En överlåtelse förfaller vid byte av gruppförsäkringsavtal eller vid övergång till Fortsättningsförsäkring.

5.7 Ersättningsbara sjukdomar/diagnoser eller händelser

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)

De angivna diagnoskoderna refererar till den svenska versionen av den internationella statistiska klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem, ICD-10.

Cancer-C00-C97, D05

En malign (elakartad) tumör, karaktäriserad som okontrollerad celltillväxt samt infiltration av omkringliggande vävnad. Även leukemi omfattas. Patienten ska vara registrerad i det svenska cancerregistret. Följande tillstånd omfattas *inte* av försäkringskyddet:

- förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ), dock gäller diagnosförsäkringen för cancer in situ i bröst.
- all hudcancer om den inte klassats som malignt (elak-artad) melanom med en tjocklek på mer än 0,5 mm.

Hjärtinfarkt -I21

Inadekvat blodtillförsel till hjärtats kranskärl som medför lokal vävnadsdöd. Ett elektrokardiogram (EKG) och etablerade samt vedertagna laboratorieprover ska visa tydliga förändringar av pågående eller nyligen genomgången hjärtinfarkt. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

Stroke - I60 - I64

Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar trombosor, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan. Transitorisk Ischemisk Attack (TIA) och Reversibel Ischemisk Neurologisk Deficit (RIND) omfattas inte av försäkringen.

6 Produktvillkor Olycksfallsförsäkring

6.1 Allmänt

Försäkringen gäller för försäkrad vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller dygnet runt. Olycksfallsförsäkring kan tecknas med olika försäkringsbelopp enligt gruppavtalet. Valt försäkringsbelopp för olycksfallsförsäkringen framgår av försäkringsbeskedet.

6.2 Definition av Olycksfallsskada

Som olycksfallsskada ersätts:	Som olycksfallsskada ersätts inte:
En olycksfallsskada är en kroppsskada som drabbar den försäkrade genom en ofrivillig, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld).	Användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte orsakats av olycksfallsskada som omfattas av dessa försäkringsvillkor
Kroppsskada som uppkommer genom värmeslag, solsting eller förfrysning, samt borreliainfektion och TBE till följd av fästingbett, jämföras med olycksfallsskada	Kroppsskada som orsakats frivilligt
Även vridvåld mot knä samt hälseneruptur jämföras med olycksfallsskada	Graviditet, förlossning och/eller följder därav
	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.

6.3 Omfattning

Försäkringen ersätter:	Försäkringen ersätter inte:
Skäligen och nödvändiga kostnader (läke-, tandskade-, rese-, rehabiliterings- och merkostnader) till följd av olycksfallet	Om försäkrads hälsotillstånd försämras efter olycksfallet beroende på ett kroppsfel som redan fanns vid olycksfallsskadan, lämnas inte någon ersättning för den försämring som kroppsfelet medfört.
Försäkringen lämnar enbart ersättning för direkta följder av en olycksfallsskada som kräver läkarvård och som inträffar under försäkringstiden.	Tillstånd såsom sjukliga förändringar, lyte och åldersförändringar som av medicinsk erfarenhet inte bedöms bero på en olycksfallsskada.
Kostnader ska verifieras med originalkvitto och/eller intyg om utbetald reseersättning från vårdgivare eller landsting.	
Är försäkrad inte ansluten till Försäkringskassan, lämnas ersättning för de kostnader som skulle ersättas om försäkrad vore ansluten.	

Har skadan inträffat i eller på väg till/från arbetet ska anmälan alltid göras till Försäkringskassan och om Trygghetsförsäkring vid arbetsskada finns, även anmälas till AFA-Trygghetsförsäkring, om man fortfarande omfattas av AFA.

6.4 Ingående ersättningsmoment

Nedanstående ersättningsmoment ingår i Olycksfallsförsäkringen:

- Läkekostnader
- Tandskadekostnader
- Resekostnader
- Merkostnader
- Rehabiliteringskostnader och handikapphjälpmedel
- Medicinsk invaliditet
- Krishjälp

6.5 Ersättning för kostnader - allmänt

Behandling ska ske efter remiss av läkare. Kostnader ska verifieras med originalkvitton och/eller intyg om utbetalad reseersättning. Vid olycksfall utanför hemorten ska ersättning i första hand lämnas från resemomentet i hemförsäkringen om sådan finns. Där det i försäkringsvillkoren finns en begränsning till högkostnadsskydd, ersätts kostnaden upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige.

Försäkringen ersätter:	Försäkringen ersätter inte:
Kostnader för vård och behandling av behörig läkare eller tandläkare och för resor som uppkommer till följd av olycksfallsskada som drabbat den försäkrade under tid försäkringen är gällande	Inkomstförlust
Kostnader längst i 3 år efter olycksfallet	Kostnader utanför Norden
Endast kostnader som skulle ha ersatts om den försäkrade varit ansluten till försäkringskassa i Sverige.	Kostnader som ska ersättas från annat håll enligt lag, författning, konvention, kollektivavtal eller annan försäkring till exempel trafikförsäkringen, trygghetsförsäkringen vid arbetskada eller hemförsäkringens resemoment
	Kostnader vid sjukdom
	Kostnader för privat vård eller behandlingar och därmed sammanhängande kostnader.
	Merkostnader i näringsverksamhet

6.6 Läkekostnader

Försäkringen ersätter:	Begränsning eller ingen ersättning:
Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för vård och behandling av behörig läkare samt hjälpmedel som behörig läkare ordinerat för skadans läkning.	Försäkringsersättning lämnas endast upp till gällande högkostnadsskyddet. Kostnader som uppstår utanför Sverige ersätts upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige
För sjukhusvård medges försäkringsersättning för den av landstingen fastställda dygnsavgiften	Om försäkrad fått remiss till sjukgymnast, men väljer alternativ behandling, lämnas försäkringsersättning för sådan behandling endast upp till motsvarande patientavgiften vid sjukgymnastik i offentlig vård.
Försäkringsersättning för läkekostnader lämnas under längst 3 år räknat från skadetillfället	Har invaliditetsersättning utbetalats lämnas inte något ytterligare försäkringsersättning för läkekostnader
Olycksfallsskada som medfört en invaliditet, men där inte slutreglering kunnat ske inom 3 år, lämnas ersättning tills att slutreglering kunnat ske	
Läkemedel ordinerade av läkare, upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige	

6.7 Tandskadekostnader

Den försäkrade ska utan dröjsmål söka tandläkare och anmäla skadan till försäkringsgivaren.

Behandling och arvode ska på förhand godkännas av försäkringsgivaren.

Föreligger vid olycksfallet sjukliga eller andra för åldern inte normala förändringar, lämnas endast ersättning för den skada som kan antas ha blivit följden om förändringarna inte funnits då skadan inträffade.

Försäkringen ersätter:	Försäkringen ersätter inte:
Nödvändiga och skäliga kostnader för behandling av tandskada av behörig tandläkare ansluten till Försäkringskassan	Tandskada uppkommen genom bitning eller tuggning
Nödvändig akutbehandling, med skälig kostnad, utan förhandsgodkännande av försäkringsgivaren	Har slutbehandling av tandskada skett och försäkringsersättning betalats, lämnas ingen ytterligare försäkringsersättning
Kostnader som på förhand är godkända av försäkringsgivaren	Tandskada (tänder och tandkött) uppkommen p.g.a. sjukdom eller inflammation
Behandlingar som omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen	

Skada på implantat och tandprotes som fanns på plats i munnen när den skadades	
Implantatbehandling som omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen	
Försäkringsersättning lämnas för behandling av tänder inom 5 år räknat från skadetillfället. Om behandling av tänder kräver att denna görs vid en senare tidpunkt på grund av försäkrads ålder, ersätts denna behandling om den utförs innan försäkrads 25 års dag. Sådan uppskjuten tandbehandling ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.	
Om tandbehandlingsbehov redan förelåg vid skadetillfället på de skadade tänderna, har försäkringsgivaren rätt att justera ner försäkringsersättningens storlek.	

6.8 Resekostnader

Vid vård och behandling som föreskrivs av behörig läkare för skadans läkning, lämnas försäkringsersättning för reskostnader. Försäkringskassa/arbetsgivare och/eller skol-/kommunförsäkringen ska i första hand lämna ersättning för utökade reskostnader avseende resor mellan bostad och skola eller arbetsplats.

Försäkringen ersätter:

Försäkringen ersätter inte:

Resekostnader för nödvändiga resor för sådan vård och behandling som läkare föreskrivit för skadans läkning	Resor till privatvård eller behandling
Högst den så kallade egenavgiften per resa som tillämpas i hemlandstinget för vård och behandlingsresor	Resekostnader sedan den definitiva medicinska invaliditeten utbetalats.
Billigaste färdstättet som hälsotillståndet medger	Resor med förmånsbil eller tjänstebil där kostnad inte uppkommit eller resa med privatbil som lånats utan kostnad
Resor med egen bil, med det belopp som motsvarar den inkomstskattefria ersättningen för resor med egen bil	
Merkostnader för resor mellan bostad och arbetsplats/skola för att kunna utföra sitt ordinarie yrkesarbete eller skolutbildning, om den försäkrades förmåga att förflytta sig under den akuta behandlingstiden är nedsatt och särskilt transportmedel måste ordnas. Behovet ska tillstyrkas av behörig läkare eller tandläkare.	
Försäkringsersättning lämnas under längst 3 år för reskostnader räknat från skadetillfället.	
Olycksfallsskada som medfört en invaliditet men där inte slutreglering kunnat ske inom 3 år, lämnas ersättning tills att slutreglering kunnat ske.	

6.9 Merkostnader

Ersättning kan lämnas med högst 3 prisbasbelopp för merkostnader. Ersättning för personliga tillhörigheter medges med högst 0,5 prisbasbelopp.

Försäkringen ersätter:

Försäkringen ersätter inte:

Om olycksfallsskadan medfört läkarbehandling, lämnas ersättning för: skäligen och oundvikliga personliga merkostnader som olycksfallsskadan medfört under den akuta behandlingstiden till exempel personlig hjälp och omvårdnad som inte kan utföras av annan medlem i hushållet	För merkostnader som uppstått i näringsverksamhet lämnas ingen försäkringsersättning
I samband med olycksfallet skadade normalt bärbara personliga tillhörigheter, till exempel kläder, glasögon (slipade glas), skor, klocka, protes, cykelhjälm	Specifik sport- och skyddsutrustning
Om skadat föremål går att reparera lämnas ersättning för reparationskostnaden.	Inkomstförlust
	Kostnader utöver normal standard
	Förlust eller skadade personliga tillhörigheter i övrigt

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

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

6.10 Rehabiliteringskostnader & handikaphjälpmedel

Med rehabilitering menas här åtgärder av medicinsk art, vård, behandling, träning eller omskolning som efter den akuta behandlingstiden görs för att minska försäkrads invaliditet och för att försäkrad ska återfå bästa möjliga funktionsförmåga och kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Som rehabilitering räknas inte åtgärder som syftar till att upprätthålla försäkrads funktionsförmåga efter olycksfallsskadan, så kallad underhållsbehandling.

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 godkänds av försäkringsgivaren.

Försäkringen ersätter:	Försäkringen ersätter inte:
Nödvändiga och skäliga kostnader för rehabiliterande behandling efter den akuta behandlingstiden som föreskrivits av läkare eller försäkringsgivaren vid olycksfallsskada	Underhållsbehandling
Omskolning, arbetsträning och arbetsprövning	Kompetenshöjande utbildning
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	Standardhöjande åtgärder som leder till ökad kostnad
Kostnader av engångskaraktär såsom förändringar i försäkrads huvudsakliga bostadsmiljö, andra levnadsförhållanden avsedda för att försäkrad skall kunna få ett så normalt liv som möjligt.	Har försäkringen redan lämnat ersättning för medicinsk eller ekonomisk invaliditet lämnar försäkringen ingen ytterligare ersättning för hjälpmedel.
Hjälpmedel med syfte att öka försäkrads förmåga till rörelse och reducera en möjlig framtida invaliditet.	

6.11 Ersättning vid invaliditet

Invaliditetsgraden bedöms utifrån medicinsk invaliditet. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms enligt tabellverk, fastställt av Svensk Försäkring, gällande vid skadetillfället. Försäkringsersättning utgår aldrig för invaliditet som förelåg före försäkringens begynnelse

Medicinsk invaliditet

Med medicinsk invaliditet avses av olycksfallet orsakad bestående fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas av behörig läkare, oberoende av försäkrads arbetsförhållanden, yrke eller sysselsättningar på framtiden. Även förlust av inre organ räknas som medicinsk invaliditet.

6.11.1 Medicinsk invaliditet

Försäkringen ersätter:	Försäkringen ersätter inte:
Olycksfallsskada som inom 3 år från olycksfallets inträffande medfört mätbar invaliditet	Invaliditet med mer än 100 procent för en och samma olycksfallsskada
Bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunktion, som orsakats av olycksfallsskada	Invaliditet som förelåg innan försäkringens begynnelse
Bedömningen görs oberoende av vilken grad den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med	En försämring av hälsotillståndet eller kroppsfunktionen som enligt medicinsk erfarenhet beror på kroppsliga förändringar som saknar samband med olycksfallsskadan.

Förutsättningar för fastställande av invaliditetsgrad

Försäkringen ska ha varit gällande när olycksfallet inträffade

Fastställande av invaliditetsgrad sker tidigast 1 år räknat från den tidpunkt då olycksfallet inträffade.

Fastställande av invaliditetsgrad

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

Kan förlorad kroppsdel ersättas av protes bestäms invaliditetsgrad med hänsyn till protesfunktionen

Motsvarande gäller korrektion vid syn- och hörselskador vilken kan ske med hjälp av glasögon, kontaktlinser och hjälpmedel vid hörselnedsättning

Bedömningen görs oberoende av vilken grad den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms av ett för försäkringsbranschen gemensamt tabellverk, "Gradering av medicinsk invaliditet", utgiven av Svensk Försäkring.

Beräkning av ersättning

Försäkringsbeloppet för invaliditet framgår från försäkringsbeskedet och är lika med det maximala ersättningsbeloppet

Med invaliditet menas att olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunction. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunctionen ska vara en direkt följd av olycksfallsskada som omfattas av försäkringen.

När olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunction och tillståndet är stationärt, utbetalas invaliditetsersättning.

En förutsättning för rätt till ersättning är att olycksfallsskadan inom tre år medfört någon mätbar invaliditet. Slutbedömning ska dock göras först när invaliditetsgraden är definitivt fastställd.

Försäkringsbeloppet vid fullständig invaliditet är det belopp som framgår av försäkringsbeskedet. Ersättning betalas ut i förhållande till dels invaliditetsgrad, dels åldern vid skadetillfället, samt det försäkringsbelopp som då gällde för den försäkrade.

För försäkring som tecknats med en högsta invaliditetsersättning på 5, 10 eller 15 prisbasbelopp gäller detta belopp till och med 72 års ålder. Därefter är högsta invaliditetsersättning 3, 6 respektive 9 prisbasbelopp.

Om olycksfallsskadan medfört skador på ett flertal kroppsdelar så att invaliditetsgraden överstiger 100 procent sammanlagt begränsas försäkringsbeloppet till 100 procent.

6.11.2 Slutreglering och utbetalning

Slutreglering: När den medicinska invaliditeten är fastställd görs slutreglering av skadan.

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

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

6.11.3 Möjlighet till omprövning

Medicinsk invaliditet

Om olycksfallsskadan medfört att försäkrads kroppsfunction betydligt försämrats eller att försäkrad förlorar ytterligare arbetsförmåga efter det att slutgiltig reglering skett, har försäkrad rätt att komma tillbaka och få invaliditetsgraden prövad igen. Denna begäran skall vara skriftligt framställd.

att den väsentliga medicinska försämringen uppgår till minst 5 procents invaliditet

att den väsentliga medicinska försämringen inträffar inom 10 år från det att olycksfallsskadan inträffade.

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

Försäkringsgivaren har rätt att avgöra vilka underlag som ska inhämtas och bedömas.

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

Anmälan om omprövning

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

6.12 Krishjälp

Försäkrad som råkat ut för ett traumatiskt tillstånd, omfattas av psykologkonsultationer.

Förutsättningar för krishjälp:

- Ersättningsbar olycksfallsskada enligt dessa villkor
- Nära anhörigs (förälder, syskon, mor/farförälder, make, sambo, den försäkrades barn) dödsfall
- Rån, hot, våldtäkt eller överfallsskada mot försäkrad och som polisanmälts, eller
- Behandling godkänd i förväg av försäkringsgivaren.

Försäkringen ersätter

Försäkringen ersätter inte

Försäkringen ersätter	Försäkringen ersätter inte
Tillgång till psykolog	Skador som inträffat i tjänsten
Krismomentet gäller för försäkrad som privatperson	
Försäkringsersättning för resor till och från ovanstående krisbehandling	
Högst 10 behandlingstillfällen per försäkrad och skada	

7 Produktvillkor Sjukvårdsförsäkring – Olycksfall

7.1 Allmänt

Försäkringen lämnar ersättning för kostnader och tjänster för vård inom Sverige till följd av olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden, under förutsättning att dessa utförs av leverantörer/vårdgivare som i förväg anvisats av försäkringsgivaren, och som ingår i försäkringsgivarens vårdgivarnätverk. En olycksfallsskada är en kroppsskada som drabbar den försäkrade genom en ofrivillig, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld). Vissa behandlingar finns bara inom den offentliga vården och kan därför inte bokas av oss. Sjukvårdsförsäkring Olycksfall upphör vid utgången av den månad då den försäkrade fyller 85 år.

7.2 Omfattning

Försäkringen gäller med krav om remiss, och remissen ska vara utfärdad av läkare och får inte vara äldre än tre månader. Efter att remiss inkommit till försäkringsgivarens vårdplanering ger försäkringen den försäkrade rätt till vårdplanering och tidsbokning av legitimerade sjuksköterskor per telefon på vardagar mellan 08.00 – 17.00. Sjukvårdsförsäkringen är till för planerad vård, ej för akuta skador. Försäkringsgivarens vårdplanering beslutar om det är en ersättningsbar skada dvs en olycksfallsskada enligt försäkringsvillkorens definition, eller om det är en olyckshändelse som inte är att betrakta som en olycksfallsskada enligt dessa försäkringsvillkor.

Försäkringen täcker den försäkrades nödvändiga och skäliga rese- och logikostnader med maximalt 1.500 kr/dygn om behandlingen som försäkringen erbjuder finns längre bort än 100 km från den försäkrades permanenta bostad. Resekostnader för avstånd kortare än 100 km ersätts inte. Om den försäkrade ska genomgå en större operation kan försäkringen också ersätta en nära anhörigs rese- och logikostnader (gäller för en person). Innan resan påbörjas ska 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.

Läkare, specialister 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.

7.3 Ersättningsbelopp och självrisk/remiss

Försäkringen täcker maximalt upp till SEK 2 000 000 kr per försäkrad och år. Kostnaderna ska vara på förhand godkända av försäkringsgivaren och all vård ska vara förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering. Försäkringen gäller med olika självriskalternativ eller krav på Remiss enligt Gruppvillkor. Självrisk eller krav om Remiss framgår av gällande försäkringsbesked. Remissen ska vara utfärdad av läkare och får inte vara äldre än tre månader. Om försäkringsfallet pågår under längre tid än ett år betalar försäkrad en ny självrisk vid första konsultationen i varje ny tolv månadersperiod. Sjukdom, symptom eller åkommor som ex förkylning och infektioner räknas som nytt skadefall vid varje insjuknandetillfälle.

7.4 Ersättningsmoment

Försäkringen omfattar nedanstående ersättningsmoment, och all vårdplanering ska på förhand godkännas och bokas av försäkringsgivarens vårdplanering:

- **Läkarvård** – nödvändiga och skäliga kostnader för undersökning, diagnostisering och behandling
- **Annan behandling ex fysioterapeut** – nödvändiga och skäliga kostnader upp till 10 behandlingstillfällen, totalt max 10 timmar/skada
- **Operation och sjukhusvård** – nödvändiga och skäliga kostnader för operationsförberedande undersökning, operation och sjukhusvård hos den lämpligaste vårdgivaren utifrån behandlingssynpunkt
- **Resor och logi**, se även punkt 7.2
- **Eftervård** - 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 istället offentligvården lämnas ersättning för patientavgiften med upp till maximalt 1 högkostnadsskydd.
- **Hjälpmedel** – försäkringen ersätter kostnader för ortopedtekniska hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit efter operation/behandling och som anses skäliga för olycksfallsskadans läkning. Ersättning lämnas för kostnader som är medicinskt motiverade, dock max 50.000 kr och max för ett exemplar av det aktuella hjälpmedlet.
- **Second Opinion** - ger den försäkrade i vissa fall rätt till ytterligare en medicinsk bedömning av en av försäkringsgivaren godkänd specialist, som godkänns i förväg av försäkringsgivaren. Ersättningen för Second Opinion är maximerad till 10 000 kr. Second opinion gäller om den försäkrade står inför svåra medicinska ställningstaganden avseende vård eller behandling vid ersättningsbar olycksfallsskada och
 - Om den medicinska behandlingen kan innebära särskilda risker,
 - Om valet har särskilt stor betydelse för den försäkrades framtida livskvalitet och,
 - Om det inte står helt klart vilken behandling som är lämpligast i det aktuella fallet.
- **Självrisk** – försäkringen har ingen självrisk men gäller med kravet om remiss.

7.5 Vårdgaranti

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

- att remiss för operation är utfärdad av 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.

Garantiersättningen utgår med 500 kr per dygn till dess att operation genomförs.

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. Vårdgaranti gäller för vård och operationer inom försäkringsgivarens vårdgivarnätverk, som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Norden.

7.6 Begränsningar i rätten till ersättning

Försäkringen gäller inte för behandling som inte avser förväntat normalförlopp efter en olycksfallsskada. Om kroppsfelet (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.

Försäkringen lämnar ej heller ersättning för behandling av tänder eller försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk av alkohol, narkotika, narkotikaklassade läkemedel, sömnmedel, dopingpreparat eller missbruk av andra läkemedel eller berusningsmedel.

Försäkringen lämnar ej heller ersättning för 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.

7.7 Ansvarstid och försäkringstid

Ansvarstid, det vill säga den längsta tid som ersättning kan lämnas för ett skadefall, är 2 år fram till utgången av den månad då den försäkrade fyller 85 år, så länge försäkringen är ikraft. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också ersättningen.

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

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

7.8 Åtgärder vid skada

Anmälan om olycksfall som kan ge rätt till ersättning ska alltid göras till försäkringsgivarens vårdplanering så snart detta är möjligt. För aktuell 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.

8 Reglering av skada/försäkringsfall

8.1 Åtgärder vid anspråk på ersättning

Anmälan om sjukdom, olycksfall och dödsfall, som kan ge rätt till ersättning, ska snarast möjligt anmälas till försäkringsgivaren. Anmälan ska alltid göras skriftligen.

De handlingar och övriga upplysningar som försäkringsgivaren anser vara av betydelse för bedömning av sin ansvarighet ska anskaffas och insändas utan kostnad för försäkringsgivaren. 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 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 kritisk 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 eller läkaren 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.

8.2 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.

8.3 Tidpunkt för utbetalning och 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.

Om förmånligare villkor tillämpas på äldre skadefall betalas dröjsmålsränta enbart på sådant belopp som skulle kunnat betalas enligt de äldre villkoren. Dröjsmålsränta betalas inte om dröjsmålet beror på:

- krig eller politiska oroligheter
- lagbud
- myndighetsåtgärd
- stridsåtgärd i arbetslivet.

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

8.4 Preskription

Rätten till försäkringsersättning eller annat försäkringskydd upphör om den som gör anspråk på ersättning inte väcker 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 mot oss från den dag vi har förklarat att vi tagit slutlig ställning till anspråket.

8.5 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.

8.6 Behandling av personuppgifter

Behandling av personuppgifter enligt 2018 Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och det fria flödet av sådana uppgifter (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 person 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/ den försäkrade som önskar upplysningar om vilka personuppgifter som finns kan efter skriftlig ansökan, som skall vara egenhändigt undertecknad och med angivande av försäkrings eller personnummer, ställt till Nordeuropa Försäkring AB, Box 56044, 102 17 Stockholm, Sverige erhålla sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter. Se mer på www.nordeuropa.se/integritetspolicy.

8.7 Skadeanmälningsregistret

Försäkringsgivaren har rätt att i ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmälda skador i anledning av denna försäkring.

Personuppgiftsansvarig för GSR är:

Skadeanmälningsregister (GSR) AB
Box 24171, 104 51 Stockholm
Telefon: 08-522 780 00

9 Om vi inte skulle komma överens

Om du inte är nöjd med ett beslut ska du först vända dig till handläggaren. Uppgifter om handläggarens kontaktuppgifter finns i beslutsbrevet. Om du efterförd kontakt med handläggaren ändå inte är nöjd finns nedanstående möjligheter att få ärendet omprövat.

Slutligt beslut i ett försäkringsärende kan prövas av försäkringsgivarens prövningsnämnd. Nämnden består av specialister med lång erfarenhet från personskadeområdet.

Försäkringsgivarens prövningsnämnd

Nordeuropa Försäkring AB
Box 56044, 102 17 STOCKHOLM

Är försäkrad trots detta missnöjd kan försäkrad 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 istället av:

Personförsäkringsnämnden (PFN)

Box 24067, 104 50 Stockholm
Telefon: 08-522 787 20
Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

För kostnadsfri rådgivning kan man 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.