

NORDEUROPA

Villkor

Seniorförsäkring

SF:353:1

1. Definitioner	3
2. Allmänna försäkringsregler	5
3. Begränsningar av försäkringsgivarens ansvar, allmänna begränsningar och undantag	8
4. Livförsäkring.....	11
5. Olycksfallsförsäkring	11
6. Kritisk sjukdom	14
7. Sjukvårdsförsäkring- olycksfall.....	15
8. Alivia Second Opinion Cancerförsäkring	16
9. Reglering av skada/försäkringsfall	18
10. Om vi inte skulle komma överens.....	20

1. Definitioner

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

Befintlig åkomma: Åkomma som har visat symptom, varit journalförd, behandlad eller känd av den försäkrade innan försäkringen började gälla.

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.

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

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

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

Försäkringsbesked: För gruppförsäkring utfärdas till gruppmedlem 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 försäkringsförmedlare. Förmedlare lägger fram eller föreslår försäkringsavtal och utför annat förberedande arbete innan försäkringsavtal ingås med Nordeuropa Försäkring.

Försäkringsgivare: Försäkringsgivare är Gjensidige Forsikring ASA Norge (Gjensidige), svensk filial org nr 516407-0384, en filial till Gjensidige Forsikring

ASA, org.nr 995 568 217. Försäkringsgivaren företräds av Nordeuropa Försäkring AB, org. nr. 556632-6657. När vi i följande anger "Nordeuropa" avses såväl Nordeuropa Försäkring AB som Gjensidige.

Försäkringstagare: Varje försäkrad person räknas som försäkringstagare när det gäller rätten till försäkringsersättning och rätten att skriftligen anmäla in förmånstagare.

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 Världshälsoorganisationen. ICD ska tillämpas även om klassifikationen ändras eller om diagnoskoder ändras eller tillkommer. Klassifikationen finns på Socialstyrelsens hemsida.

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.

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

2. Allmänna försäkringsregler

2.1. Försäkringsgivare

Försäkringsgivare är Gjensidige Forsikring ASA Norge (Gjensidige), svensk filial org nr 516407-0384, en filial till Gjensidige Forsikring ASA, org.nr 995 568 217. Nordeuropa Försäkring AB, org. nr. 556632-6657 ("Nordeuropa"), är företrädare för försäkringsgivaren.

Avtal om gruppförsäkring tecknas av 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 företrädare 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 myndighetsbeslut.

2.5. Rätt att ansöka om försäkring

Följande personer har rätt att ansöka om försäkringarna i detta villkor:

- Inte fyllt 75 år
- Inte inskriven på sjukhus eller annan vårdinrättning
- är bosatt och folkbokförd i Sverige och
- är inskriven i svensk försäkringskassa
- uppfyller kraven för gruppmedlemskap 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 vara inskriven i svensk Försäkringskassa.

2.6. Upplysningsplikt

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.

Gruppföreträdaren ska skyndsamt anmäla till försäkringsgivaren om den försäkrade utträder ur den försäkringsberättigade gruppen. Anmäls inte ovanstående, betalas högst de senaste 3 månaders premie tillbaka.

Försäkrad ska skyndsamt anmäla till gruppföreträdaren eller Nordeuropa om försäkrad/medförsäkrad inte längre kan omfattas av gruppförsäkringen. 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 Nordeuropa.

2.7. När försäkringen börjar gälla

Frivillig gruppförsäkring/Obligatorisk gruppförsäkring:

Försäkringen börjar gälla från dagen efter den dag då fullständig skriftlig ansökan skickats in till Nordeuropa Försäkring eller gruppföreträdare. Vid tvist om begynnelsedatum gäller ankomstdatum 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.

2.8. Försäkring tecknad via försäkringsförmedlare

Är försäkringen tecknad i Nordeuropa 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.

2.9. 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 begynnelsedagen. Har premie inbetalats, återbetalas premien och bolaget har inget ansvar.

2.10. 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 som försäkringen varit gällande.

2.11. Premie och Premiebetalning

Beräkning av premien görs för ett år i taget och bestäms bland annat med hänsyn till gruppens sammansättning, t.ex. kön, ålder samt aktuell premietariff och aktuella riskbedömningsregler. Varje grupp har en gemensam huvudförfallodag för samtliga försäkringar eller en egen huvudförfallodag för varje försäkring. För grupper med gemensam huvudförfallodag blir den första försäkringsperioden för den försäkrade från

begynnelsedagen 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 eller den som sänder avisering för Nordeuropa Försäkrings räkning, avsänt avisering om premiebetaling

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 p.g.a. frihetsberövande, svår sjukdom, utebliven pension eller lön.

2.12. 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.

2.13. 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.

2.14. När försäkringen upphör att gälla

Gruppförsäkringen gäller längst till dess att försäkrad gruppmedlem uppnår den slutålder som finns angiven i gruppavtalet.

Gruppförsäkringen 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 Premiebetaling"

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

2.15. 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/registrerad partner är medförsäkrad och äktenskapet/samboförhållandet/registrerade partnerskapet upplöses, upphör ansvaret mot medförsäkrad tre månader efter upplösningen av äktenskapet/förhållandet.

Begränsningar:

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

Efterskyddet gäller aldrig om den försäkrade uppnått slutåldern enligt avtalet. Efterskyddet gäller inte om gruppavtalet helt eller delvis har sagts upp av gruppen/behörig gruppföreträdare, eller om försäkrad själv har valt att säga upp försäkringen men fortfarande står kvar i den försäkringsberättigade gruppen. Efterskyddet gäller inte om försäkringen gått i annullation p.g.a. obetald premie.

2.16. Fortsättningsförsäkring

Om försäkrad har omfattats av försäkring under minst 6 månader, har försäkrad rätt att få ett likvärdigt skydd om gruppavtalet upphör eller försäkrad lämnar kretsen av försäkringsberättigade. Medförsäkrad har dessutom rätt att teckna fortsättningsförsäkring om:

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

Begränsningar:

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

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

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om försäkringen gått i annullation p.g.a. obetald premie.

Fortsättningsförsäkring gäller längst till och med gruppavtalets angivna slutåldern.

Ansökan om fortsättningsförsäkring måste insändas till försäkringsgivaren inom 3 månader från den dag försäkrad träder ur gruppörsäkringen.

Fortsättningsförsäkringens belopp får inte överstiga det belopp som senast gällde i gruppörsäkringen för den försäkrade. Fortsättningsförsäkringen meddelas på särskilda villkor och med särskild premiesättning.

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. 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.

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 följder 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 sinnestillstånd 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 skada 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. Riskfylld verksamhet

Försäkringen gäller inte vid skadefall om den försäkrade deltar i riskfylld verksamhet så som exempel nedan:

- Militärflygning, avancerad flygning eller yrkesmässig provflygning
- flygning som utförs av flygbolag som inte är koncessionerat i nordiskt land.
- Verksamhet på oljeplattform
- Tävlings- eller träningsverksamhet med motorfordon
- Aktivitet på höga höjder över 13 m.

3.8. Undantag avseende sport och idrott

Försäkringen ersätter inte skadefall till följd av att den försäkrade utövar något av följande:

- Idrott som ger den försäkrade bidrag från sponsorer, lön eller annan inkomst.
- Tävlings- eller träningsverksamhet i samband med elitidrott (idrott på mästerskapsnivå, division 2 eller högre)
- Tävlings- eller träningsverksamhet vid idrottsgymnasium, högskola eller annan utbildning med idrottsinriktning.
- Utövande av boxning eller annan kampsport t.ex karate, thaiboxning brasiliansk ju-juitsu eller liknande aktiviteter.
- Djupdykning på ett djup om mer än 30 meter
- Utövande av särskilt riskfylld extremспорт till exempel klättring på berg, is, klippa eller glaciär
- Fallskärms hoppning, glid- och skärmflygning, bungyjump
- Offpiståkning på ej avsedd plats

3.9. 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 ideellförening
- 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.

Olycksfallsförsäkring: 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.

3.10. Om den försäkrade flyttar utomlands

Om den försäkrade flyttar inom EU/EES-området kan befintlig livförsäkring behållas. 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.

3.11. 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 arbetsoförmåga, 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 arbetsoförmåga, 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 arbetsoförmåga, 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.

3.12. 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.

3.13. 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.

3.14. Undantag avseende 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.

4. Livförsäkring

4.1. Allmänt

Livförsäkring lämnar ersättning vid den försäkrades dödsfall. Ersättning lämnas med 1 prisbasbelopp.

Livförsäkringen upphör dagen innan den försäkrade fyller 85 år.

4.2. Förmånstagarförordnande

Om du tidigare har lämnat ett förmånstagarförordnande som avser grupp eller fortsättningsförsäkring måste du vid tecknande av seniorförsäkring lämna in ett nytt förmånstagarförordnande.

Förmånstagare 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:

- a) Försäkrads make/maka, registrerad partner eller sambo
- b) försäkrads 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 grupp tillhörighet 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 därefter 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 överlåtten försäkring där försäkringstagare är annan än försäkrad.

5. Olycksfallsförsäkring

5.1. Allmänt

Försäkringen gäller för olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller dygnet runt. Försäkringsbeloppet är 5 prisbasbelopp.

Försäkringen upphör dagen innan den försäkrade fyller 85 år.

5.2. Definition av Olycksfallsskada

Med olycksfallsskada menas en kroppsskada som drabbat den försäkrade ofrivilligt genom en plötslig, oförutsedd, yttre händelse. Med olycksfall jämställs kroppsskada orsakad av solsting, värmeslag, förfrysning och smitta p.g.a. fästingbett. Total hälseneruptur samt vridvåld mot knä räknas som olycksfall även utan plötslig, oförutsedd, yttre händelse. Med kroppsskada jämställs skada på protes.

Följande anses inte vara ett olycksfall som omfattas av försäkringen:

- Smitta genom bakterier, virus eller annat smittämne
- Skada orsakad av ingrepp, behandling, undersökning eller användning av medicinska preparat som inte beror på en olycksfallsskada som omfattas av denna försäkring
- Tandskada orsakad av tuggning eller bitning
- Kroppsskada till följd av överansträngning, ensidig rörelse, förlitningsskada eller åldersförändringar
- Diskbråck, ryggskott och muskelbristning

- Tillstånd som enligt medicinsk erfarenhet inte kan anses bero på olycksfallsskadan utan på sjukdom, åldersförändringar, lyte eller andra sjukliga förändringar.

5.3. Medicinsk invaliditet

Med medicinsk invaliditet menas att en olycksfallsskada medfört en bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunction.

Funktionsnedsättningen fastställs oavsett den försäkrades fritidsintressen, yrke eller arbetsförhållanden. Om förlorad kroppsdel ersätts av protes tas det med i beaktandet vid bedömning av invaliditetsgraden.

Rätt till ersättning inträder när olycksfallsskadan medfört en bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunction och tillståndet bedöms som varaktigt. Bedömning av den medicinska invaliditetsgraden kan ske tidigast ett år efter det att olycksfallsskadan inträffade.

Samlad invaliditetsgrad för en och samma olycksfallsskada kan inte överstiga 100 %. Invaliditetsgraden fastställs med ledning av branschgemensamma tabellverk gällande vid utbetalningstillfället.

Ersättning lämnas med så stor del av försäkringsbeloppet som motsvarar den bedömda invaliditetsgraden. Ersättningen beräknas utifrån försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet som framgår av försäkringsbeskedet.

En förutsättning för ersättning är att olycksfallsskadan inträffat under tid då försäkringen var gällande. Vidare ska olycksfallsskadan ha medfört en mätbar medicinsk invaliditet inom tre år från det försäkringen senast var gällande. Invaliditetsbedömningen kan skjutas upp så länge det är nödvändigt enligt medicinsk erfarenhet och utifrån eventuell möjlighet till rehabilitering.

Om den försäkrades kroppsfunction redan innan nu inträffad skada var nedsatt räknar Nordeuropa av den medicinska invaliditetsgraden för den nedsättningen vid beräkning av ersättningen för den nu inträffade skadan. Om funktionsförmågan kan förbättras genom användande av protes beaktas även protesfunktionen vid bestämningen av invaliditetsgraden. Motsvarande gäller även vid syn- och hörselskador där korrektion kan ske med hjälp av glasögon, kontaktlinser och hjälpmedel vid hörselnedsättning.

Avlider den försäkrade innan rätten till medicinsk invaliditet inträtt utbetalas inte

invaliditetsersättningen. Avlider den försäkrade p.g.a. aktuell olycksfallsskada efter det att rätten till medicinsk invaliditet inträtt men innan slutbetalningen har skett, utbetalas den del som svarar mot den invaliditetsgrad som förelåg omedelbart innan dödsfallet. Utbetalning sker då till den försäkrades dödsbo.

Åldersavtrappning av försäkringsbeloppet görs med 2,5% procent för varje år från och med 65 års ålder.

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

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

Omprövning av medicinsk invaliditet

Det finns möjlighet att få invaliditetsgraden omprövad vid en väsentlig försämring av kroppsfunctionen efter det att Nordeuropa tagit slutlig ställning i ersättningsfrågan. Omprövning medges om den försäkrade senast inom tio år från det olycksfallsskadan inträffade anmäler sitt önskemål om omprövning skriftligen till Nordeuropa.

5.4. Krishjälp

Försäkringen omfattar kristerapi/psykologkonsultation hos legitimerad psykolog om den försäkrade utsatts för någon av följande händelser som inträffat under försäkringstiden:

- Ersättningsbar olycksfallsskada
- Överfall, misshandel, hot, rån eller våldtäkt som polisanmälts
- Nära anhörigs död (med nära anhörig menas föräldrar, syskon, make/maka/sambo, den försäkrades barn).

Försäkringen omfattar 10 behandlingstillfällen per skada för behandling inom ett år från skadetillfället. Kostnader för nödvändiga och skäliga resor till och från behandling omfattas. Behandling utanför Sverige ersätts inte. Krisförsäkringen omfattar endast skador som den försäkrade råkat ut för i egenskap av privatperson, inte i sin yrkesutövning. Behandlingen ska på förhand godkännas av Nordeuropa.

5.5. Allmänt om ersättning för kostnader

Vid olycksfallsskada kan ersättning lämnas för läke-, tandskade-, rese-, rehabiliteringskostnader och handikaphjälpmiddel samt merkostnader för personliga tillhörigheter.

Kostnader ska kunna styrkas med originalkvitton eller med intyg om utbetald reseersättning. Kostnader ersätts i längst 3 år från det att olycksfallsskadan inträffade. Endast kostnader för offentligt finansierad vård där läkare är ansluten till Försäkringskassan ersätts. Privat vård ersätts inte. Kostnader ersätts endast upp till gällande högkostnadsskydd för vård och behandling samt mediciner. Kostnader utanför Norden ersätts inte.

Försäkringen ersätter inte kostnader som kan ersättas från annat håll enligt lag, författning eller annan försäkring.

5.6. Läkekostnader

Vid olycksfall lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för vård och behandling inklusive mediciner, föreskrivet av läkare. Vård på sjukhus samt behandling och hjälpmedel som läkare föreskriver för skadans läkning ersätts. Försäkringen ersätter den försäkrades dygnsavgift för sjukhusvård inom den offentliga sjukvården. Ersättning för behandlingskostnader hos fysioterapeut eller annan behandling ersätts endast om behandlingen sker enligt remiss från läkare. Läkekostnader ersätts inte efter det att definitiv medicinsk invaliditetsgrad fastställts.

5.7. Tandskadekostnader

Vid olycksfall lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för behandling som utförts av tandläkare ansluten till allmän försäkring i Sverige eller motsvarande om behandling utförs av tandläkare i annat nordiskt land. Behandlingen ska omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. All behandling och arvode ska på förhand godkännas av Nordeuropa. Försäkringen ersätter dock skälig kostnad för akutbehandling även om behandlingen inte hunnit bli godkänd av Nordeuropa i förväg. Försäkringen lämnar ersättning i upp till 5 år efter att olycksfallet inträffade.

Den skadade ska utan dröjsmål uppsöka tandläkare och anmäla skadan till Nordeuropa. Skada genom tuggning eller bitning ersätts inte. Om det föreligger sjukliga eller för åldern onormala förändringar lämnas ersättning endast för den skada som kan antas bli följderna om förändringarna inte funnits då skadan inträffade.

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

Skada på löstagbar protes som när den skadades var på plats i munnen samt skada på fast protetik ersätts enligt samma regler som gäller för skada på naturlig tand. Om försäkringen lämnat ersättning för slutbehandling av tandskadan lämnas ingen ytterligare ersättning.

5.8. Resekostnader

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga reskostnader för vård och behandling som beror på olycksfallsskadan. Resor ska styrkas av behörig läkare.

Billigaste färdvägen med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

Resor till och från vård kan ersättas av regionen. Ersättning lämnas då för den egenavgift som tillämpats av regionen.

För resor med egen bil betalas ersättning enligt Skatteverkets regler.

Resekostnader ersätts inte efter det att definitiv medicinsk invaliditetsgrad fastställts.

5.9. Merkostnader

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

Om olycksfallsskadan medfört läkarbehandling, lämnas ersättning för skäliga och oundvikliga personliga merkostnader som olycksfallsskadan medfört under den akuta behandlingstiden t ex personlig hjälp och omvårdnad som inte kan utföras av annan medlem i hushållet.

Ersättning lämnas för personliga tillhörigheter så som kläder, skor, hjälm, glasögon, klocka, hörapparat och andra handikaphjälpmiddel som skadats vid olycksfallet. En förutsättning för att ersättning ska kunna lämnas är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling krävts. Om skadat föremål går att reparera lämnas ersättning för reparationskostnaden.

I övrigt sker värdering av skadade föremål enligt nedanstående ersättningstabell:

Ålder	0–1 år	1–2 år	2–3 år	3–4 år	5 år-
Procent	100%	80%	60%	40%	20%

6. Kritisk sjukdom

6.1. Allmänt

Försäkringen lämnar ersättning om försäkrad drabbas av en definierad diagnos eller händelse före en viss ålder. Försäkringen gäller med ett försäkringsbeloppet om 0,5 prisbasbelopp.

Försäkringsbeloppet utbetalas som ett engångsbelopp.

Försäkringen upphör efter en utbetalning för en diagnos eller en händelse eller dagen innan den försäkrade fyller 85 år.

6.2. 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

6.3. 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 "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.

6.4. 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 3 första månaderna efter det att försäkringen trätt ikraft, även om diagnosen eller orsaken kan fastställas först sedan försäkringen trätt ikraft.

Försäkringen lämnar ingen ersättning om dödsfall inträffar inom 3 månader (30 dagar för hjärtinfarkt) från försäkringshändelsen (diagnos eller händelse). Den försäkrade har rätt till ersättning för maximalt

en diagnostiserad kritisk sjukdom eller händelse, oavsett antalet ställda diagnoser, och därefter upphör försäkringen.

6.5. 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.

Alzheimers sjukdom G30.9

Försäkrad ska före fylla 75 år fått den kliniskt fastställda diagnosen Alzheimers sjukdom.

Cancer C00- C43, C45-C76, C80-C97

Definitionen av diagnosen cancer är en med säkerhet diagnostiserad malign tumör, elakartad, som har en okontrollerad tillväxt och vävnadsinvasion.

Symptomen nedan är undantagna och omfattas inte av försäkringen:

- alla tumörer som bedöms premaligna vid mikroskopisk (histologisk) undersökning såsom cancerförändringar i celler t.ex. cervical intraepitelial neoplas (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 Gleasonscore mindre än 6 eller TNM-klassifikation lägre än T2NOMO
- alla tumörer som uppstår i samband med HIV infektion
- tumörer i lymfvävnad och blodbildande vävnad och tillhörande vävnad

Hjärtinfarkt (akut hjärtinfarkt ospecificerad) I21

Lokal vävnadsdöd i hjärtmuskeln orsakad av otillräcklig blodtillförsel till hjärtats kranskärl. Efter hjärtinfarkten ska ett elektrokardiogram (EKG) tydligt visa förändringar av genomgången hjärtinfarkt samt laboratorieprov som påvisar betecknande förhöjningar av troponiner, hjärtzymer, eller andra biokemiska markörer. Är den försäkrade fortfarande vid liv då 30 dagar förlöpt från det att sjukdomen först diagnostiserats, betalas försäkringsbeloppet ut.

Stroke I60-I63

Cerebrovaskulära incidenter som ger orsak till lokal vävnadsdöd och neurologiskt bortfall som kvarstår i 24 dagar. Transienta Ischemiska Attacker (TIA) omfattas inte. Cerebrovaskulär incident som benämning omfattar embolier, trombosor och blodkärlsbristningar i hjärnan. Kvarstående neurologiska men måste kunna påvisas.

7. Sjukvårdsförsäkring- olycksfall

7.1. Allmänt

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga 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 försäkrings-givaren, 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.

Försäkringen upphör dagen innan 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 Nordeuropas vårdplanering 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. 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 högstkostnadsskydd.
- **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 0,5 prisbasbelopp och för max 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.

7.4. Vårdgaranti

Vårdgaranti – Försäkringsgivaren lämnar garantiersättning för ett och samma skadefall om godkänd operation förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering inte genomförts inom 14 helgfria arbetsdagar under förutsättning att följande uppfyllts:

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

Garantiersättningens storlek är maximerad till att uppgå till 10.000 kr för den försäkrade. Garantin gäller ej om den försäkrade inte kan opereras av medicinska skäl, eller uteblir från inbokad behandling eller tackar nej till inbokad tid för operation. Vårdgaranti gäller för vård och operationer inom försäkringsgivarens vårdgivarnätverk, som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Norden.

7.5. Begränsningar

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

Om kroppsfel (sjukdom, sjuklig förändring, fysiskt eller psykiskt funktionsnedsättning) 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 inte ersättning för någon form av tand- eller käkbehandling och bettfysiologi.

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 eller annan avtalad avbokningsregel. Kostnaden debiteras den försäkrade.

7.6. Ansvarstid

Ansvarstid, det vill säga den längsta tid som ersättning kan lämnas för ett skadefall, är 2 år fram till uppnådd slutålder för försäkringen, så länge försäkringen är ikraft. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också ersättningen.

8. Alivia Second Opinion Cancerförsäkring

8.1. Försäkringen omfattar

Försäkringen omfattar till följd av cancerdiagnos nödvändiga och skäliga kostnader i samband med genomförandet av en Second Opinion en ny medicinsk bedömning.

Följande moment ingår i försäkringen:

- Second Opinion
- Rådgivning

Vid en Second Opinion lämnas ett utlåtande från erkänd internationell/nationell specialist där fastställande eller bekräftelse på diagnos och om föreslagen behandling stämmer överens med internationella riktlinjer.

Genomgången av Second Opinion sker muntligt tillsammans med en av Alivias specialister.

I samband med genomförd Second Opinion omfattar försäkringen samtal och rådgivning med Alivias sjuksköterskor som är specialiserade på cancerpatienter.

Försäkringen omfattar upp till 10 samtal i maximalt 3 månader från utförd second opinion.

8.2. Rätten till ersättning

Försäkringen gäller om inget annat avtalats efter en kvalificeringstid om 6 månader efter försäkringens ikraftträdande. För skador som inträffar under kvalificeringstiden utgår ingen rätt till en Second Opinion eller Vårdsamordning/rådgivning.

Försäkringsfall (skada) anses ha inträffat den dag då specialistläkare första gången har ställt en cancerdiagnos och dokumenterat densamma i sjukvårdsjournal. Försäkringen gäller under den tid som försäkringen är i kraft, det vill säga under försäkringstiden.

Alivia kan inte garantera att Second Opinion tillhandahåller andra behandlingsalternativ än de som patientens behandlande läkare redan föreslagit.

8.3. Begränsningar

Försäkringen omfattar inte:

- Försäkrads tidigare cancerdiagnos som ställts innan försäkringen börjat gälla
- Försäkrads cancerdiagnos som ställts under kvalificeringstiden
- Försäkrads cancerdiagnos till följd av en ännu ej avslutad utredning som den försäkrade sökt eller fått vård för, eller medicinerats för innan försäkringen börjat gälla

Försäkringen omfattar inte Sjukdom/skada/besvär som orsakats av:

- att den försäkrade använder prestationshöjande medel inklusive, men inte begränsat till, anabola steroider, stimulansmedel och kortikosteroider, i icke medicinsk/alt. Medicinskt behandlingssyfte kan innebära att försäkringen blir ogiltig eller att ersättningen nedskrivs. Medicin föreskriven av läkare för specifik sjukdom eller olycksfallsskada omfattas inte av begränsningen
- missbruk i olika former till exempel läkemedel, alkohol, andra berusningsmedel, narkotiskamedel
- behandlingar och vård som inte är baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet

8.4. Vårdgaranti och tidsfrister

Inom 24 timmar under helgfria vardagar (arbetsdagar) erhåller den försäkrade en bekräftelse på anmäld skada.

Från det att Alivia erhållit erforderlig medicinsk dokumentation garanteras den försäkrade att inom 10 arbetsdagar få en ny medicinsk bedömning (second opinion) på diagnos och föreslagen behandling.

Om vårdgarantin inte uppfylls utbetalas tusen (1 000) kronor per dag fram till datum för inskrivning för Second Opinion under förutsättning att den försäkrade har riktat anspråk angående ersättning för ej uppfyllt vårdgaranti till Alivia. Högsta ersättning är fem (5) årspremier som avser den försäkrade. Återbetalning sker till premiebetalaren.

8.5. Ansvarstid

Ansvarstiden per anmäld och godkänd skada är 3 månader förutsatt att försäkringen är i kraft och gällande. Upphör försäkringen att gälla, upphör också ansvarstiden. Om försäkring tecknad av organisationen eller förbund lämnas obetald under de 3 månaderna efter att Second Opinion har levererats till den försäkrade, och den försäkrade inte fått kännedom om premiebetalningsbristen och/eller erbjudits fortsättningsförsäkring så gäller ansvarstiden för den försäkrade som att försäkringen varit gällande. Har den försäkrade kvalificerat sig till att erhålla en fortsättningsförsäkring men avböjt/avstår erbjudandet så upphör ansvarstiden och därmed ersättningen senast när efterskyddet upphör förutsatt att rätten till efterskydd föreligger. Ytterligare/ny uppkommen skada täcks endast i den mån den inte omfattas av den tidigare skadan.

8.6. Försäkringsbelopp

Maximal försäkringsersättning som är oberoende av antalet skador är fem hundra tusen (500 000) kronor per försäkrad.

9. Reglering av skada/försäkringsfall

9.1. Åtgärder vid anspråk på ersättning

Livförsäkring, Olycksfallsförsäkring, Kritisk sjukdom

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 sjukdom eller olycksfallsskada är att försäkrad:

- lämnar in en skriftlig anmälan angående skadefallet till försäkringsgivaren
- snarast anlitar 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

Nordeuropa kan begära att den försäkrade inställer sig för undersökning och behandling av särskilt anvisad läkare eller vårdinrättning. Kostnad betalas i dessa fall av Nordeuropa. 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.

Sjukvårdsförsäkring Olycksfall

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

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.

Alivia Cancervårdsförsäkring

Anmälan om skadefall, som kan ge rätt till en Second Opinion ska snarast möjligt anmälas till Alivia. Anmälan kan göras skriftligen (blankett kan rekvireras från försäkringsförmedlaren eller från Alivia) per telefon eller genom Mina Sidor på Alivias hemsida.

Om Alivia så begär ska medgivande lämnas till Alivia, eller de företag som Alivia anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, att för bedömning av försäkringsgivarens ansvarighet inhämta upplysningar, journaler, intyg med mera från läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning.

En förutsättning för rätt till ersättning är att den försäkrade:

- I medicinsk journal utfärdad av specialistläkare styrker diagnosen cancer
- anmäler cancerdiagnos till Alivia
- i övrigt följer försäkringsgivarens och/eller Alivias föreskrifter.

9.2. 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.

9.3. 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 Nordeuropas 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 Nordeuropa 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.

9.4. Preskription

Rätten till försäkringsersättning eller annat försäkringsskydd 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.

9.5. Regressrätt

Nordeuropa 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.

9.6. 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, Box 3672, 103 59 Stockholm, Sverige erhålla sådan information samt

begära rättelse av felaktiga uppgifter. Se mer på www.nordeuropa.se.

9.7. 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

10. Om vi inte skulle komma överens

Vi vill ge dig personlig service med snabb skadereglering. Om du inte är nöjd med vårt beslut vill vi att du kontaktar oss. Prata med din handläggare, för att reda ut eventuella missförstånd och oklarheter.

Om du vill få ditt ärende omprövat ska du i första hand vända dig till din handläggare genom att skriftligen med angivet skadenummer redogöra vad i vårt beslut du anser är felaktigt. Handläggaren går då igenom ditt ärende på nytt och återkommer därefter till dig med ett skriftligt svar.

Om du efter det att din skadereglerare lämnat sitt omprövningsbeslut ändå är missnöjd har du möjlighet att kostnadsfritt begära en slutlig prövning hos Gjensidiges Klagomålsansvarig. Begäran ska göras senast sex månader från det att vi fattade vårt slutliga beslut. Formuläret hittar du på Gjensidiges hemsida, www.gjensidige.se
Om du fortfarande inte är nöjd efter omprövning har du möjlighet att få ersättningsfrågan prövad i nedanstående nämnder. Du gör då en ansökan direkt till nämnden.

I ärenden som rör liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar som kräver medicinska bedömningar kan du vända dig till Personförsäkringsnämnden. Nämnden prövar tvister mellan den försäkrade (enskild konsument) och försäkringsbolaget.

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.