

Nordeuropa Liv och Hälsa Sjukvårdsförsäkring

Allmänna villkor SJV 01:02



FÖRSÄKRINGSGIVAREN ANGES I FÖRSÄKRINGSBESKEDET
SAMT FÖRKÖPSINFORMATIONEN

1	Allmänna bestämmelser	3
1.1	Parter	3
1.1.2	Försäkringsgivare	3
1.1.3	Försäkringstagare	3
1.1.4	Försäkrad	3
1.1.5	Gruppmedlem	3
1.1.6	Gruppföreträdare	3
1.1.7	Medförsäkrad	3
2	Villkor för anslutning	3
3	Omfattning	3
3.1	Sjukvårdsförsäkring	3
3.1.2	När Sjukvårdsförsäkringen gäller	3
3.1.3	Var Sjukvårdsförsäkringen gäller	4
3.1.4	Vad Sjukvårdsförsäkringen ersätter	4
3.1.5	Sjukvårdsrådgivning - vårdplanering	4
3.1.7	Transportkostnader	4
3.1.8	Vårdgivare och behandlingsmetoder	4
3.1.9	Ersättningsöversikt	5
3.1.10	Vårdgaranti	7
3.1.11	Vaccinationsservice	7
3.1.12	Second opinion	7
4	Begränsningar	7
4.1	Begränsningar i rätten till ersättning	7
5	Gemensamma bestämmelser	8
5.1	Ansvarstid och försäkringstid	8
5.2	Ersättningsbelopp och självrisk	8
5.3	Kostnader som ersätts på annat sätt	8
6	Åtgärder vid skada	8
6.1	Anmälan av skadefall	8
6.2	Skadereglering	8
7	Allmänna villkor	8
7.1	Allmänt	8
7.2	Villkor och premie	9
7.3	Upplysningsplikt	9
7.4	Premie	9
7.4.1	Betalning av första premien	9
7.4.2	Premie för senare premieperiod	9
7.4.3	Förnyelsepremien	9
7.4.4	Utebliven betalning av förnyelsepremien	9
7.4.5	Återupplivning av försäkringen	9
7.5	Försäkringstagarens/försäkrads rätt att säga upp gruppförsäkringen	9
7.6	När Gruppförsäkringen upphör att gälla	9
7.7	Fortsättningsförsäkring	10
7.8	Efterskydd	10
7.9	Framkallande av försäkringsfall	10
7.10	Åtgärder för utbetalning	10
7.11	Patientskador	10
7.12	Preskription	10
7.13	Skatteklass	11
7.14	Giltighet i utlandet	11
7.15	Juridiskt ombud	11
7.16	Generella begränsningar	11
7.17	Vid deltagande i främmande krig eller vistelse i land utanför Sverige där krig eller politiska oroligheter råder	11
7.17.1	Vid krigsförhållanden i Sverige	11
7.18	Force Majeure	11
7.19	Om du inte är nöjd	11
7.20	Säkerhetskrav och förutsättningar	11
7.21	Behandling av personuppgifter (PUL)	11
7.22	Registrering av anmälda skador i gemensamt skadeanmälningsregister - GSR	12
8	Prövning av beslut i försäkringsärende	12
9	Övriga regler och begreppsförklaringar	12
9.1	Sekretess	12
9.2	Begreppsförklaringar	13

Sjukvårdsförsäkring grupp

Allmänna villkor SJV 01:02

1 Allmänna bestämmelser

1.1 Parter

1.1.2 Försäkringsgivare

Försäkringsgivare framgår av försäkringsbeskedet.

1.1.3 Försäkringstagare

Försäkringstagare är den som har ingått avtal om försäkring med försäkringsgivaren

1.1.4 Försäkrad

Försäkrad är den på vars hälsa försäkringen gäller

1.1.5 Gruppmedlem

Gruppmedlem är den som tillhör den grupp av personer som kan anslutas till gruppförsäkringen, gruppen.

1.1.6 Gruppföreträdare

Gruppföreträdare är den som företräder gruppen av försäkrade.

1.1.7 Medförsäkrad

Medförsäkrad är försäkrad gruppmedlems make, sambo, registrerad partner eller barn som i denna egenskap har anslutits till försäkringen enligt bestämmelse i gruppavtalet.

2 Villkor för anslutning

Försäkringen och, i förekommande fall, separata försäkringsmoment kan tecknas av en arbetsgivare eller organisation för dess anställda eller medlemmar. Arbetsgivaren eller organisationen ska vara hemmahörande med fast adress i Norden.

Försäkring kan även tecknas genom frivillig ansökan av personer i en öppen grupp som skall definieras och godkännas av försäkringsgivaren eller genom individuell ansökan enligt försäkringsgivarens gällande riskbedömningsregler.

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

- är fullt arbetsför enligt nedanstående definition,
- inte har fyllt 66 år, är folkbokförd inom Norden,
- omfattas av allmän sjukvård genom Nordisk försäkringskassa.

Definition "fullt arbetsför" Med **fullt arbetsför** menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund

av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.

Om det framgår av gruppavtalet eller försäkringsdokumentationen, så erbjuds möjlighet att teckna försäkring även för gruppmedlemmens make, sambo, registrerad partner eller barn. Villkoren för sådan ansökan framgår av gruppavtalet, förköpsinformationen, försäkringsbeskedet och ansökningshandlingarna.

Försäkringen omfattar gruppmedlemmens arvsberättigade barn. Även den medförsäkrades arvsberättigade barn är försäkrade om de är folkbokförda på samma adress som gruppmedlem så kallade hemmavarande barn. Barn som är skrivna på annan adress men där medförsäkrad har vårdnaden om barnet räknas även dessa som hemmavarande barn.

Grundvillkoret för att teckna försäkring för barn är att föräldern tecknar motsvarande försäkring för egen del och att barnet som ska försäkras:

- är fullt frisk enligt nedanstående definition,
- inte har fyllt 21 år,
- är folkbokförd inom Norden,
- omfattas av allmän sjukvård genom Nordisk försäkringskassa

Definition "fullt frisk" Med fullt frisk menas att barnet är fullt frisk och inte har någon pågående eller planerad undersökning, behandling eller kontroll för konstaterat eller misstänkt hälsobesvär.

3 Omfattning

3.1 Sjukvårdsförsäkring

3.1.2 När Sjukvårdsförsäkringen gäller

Anslutning till försäkringen sker genom anmälan eller ansökan till försäkringsgivaren.

Vid obligatorisk anslutning börjar enskild försäkring gälla dagen efter att gruppavtalet ingicks, eller vid annat avtalat startdatum, för alla befintliga gruppmedlemmar som då har anmälts till försäkringen och uppfyller samtliga anslutningsvillkor. Gruppmedlemmar som tillkommer senare ansluts till försäkringen när anmälan kommer till försäkringsgivaren, dock tidigast dagen efter inträdet i gruppen, under förutsättning att de då uppfyller samtliga anslutningsvillkor. Gruppmedlem som inte är fullt arbetsför vid tidpunkten för anmälan om obligatorisk anslutning, kan omfattas av försäkringen först när denne åter varit fullt arbetsför i minst 30 dagar i följd.

Vid frivillig anslutning börjar enskild försäkring gälla tidigast den dag då ansökan ankommer till försäkringsgivaren under förutsättning att villkor för anslutning är uppfyllda och att den sökta försäkringen i övrigt kan beviljas.

Om det framgår av gruppavtalet, försäkringsinformationen eller ansökningshandlingarna att försäkringen ska börja gälla när den första premien betalas så börjar försäkringen gälla dagen efter att den första premien betalats.

Gruppförsäkringen gäller för ett år i taget om inget annat anges i gruppavtalet. Gruppförsäkringen förnyas automatiskt med ett år i taget till dess att uppsägning sker. Uppsägning av gruppförsäkring sker skriftligt tidigast sex månader före och senast en månad före årsförnyelsedagen.

Enskild försäkring gäller från och med ikraftträdandet och förnyas årligen när gruppförsäkringen förnyas.

3.1.3 Var Sjukvårdsförsäkringen gäller

Sjukvårdsförsäkringen gäller för olycksfallsskada/sjukdom som inträffar/uppstår i hela världen. Ersättning lämnas för åtgärder och kostnader inom Norden under förutsättning att dessa utförs av leverantörer/vårdgivare som i förväg anvisats av försäkringsgivaren. Försäkringen kan ersätta åtgärder och kostnader utanför Norden efter godkännande i förväg av försäkringsgivaren.

3.1.4 Vad Sjukvårdsförsäkringen ersätter

Försäkringen ersätter utgifter för operationer och andra avgifter för läkare i samband med sjukhusvård. Konsultationer hos specialister och generella förberedande undersökningar ersätts bara, om de är godkända i förväg av försäkringsgivaren och värderas som rimliga och relevanta för att få klarhet i om den försäkrade lider av en sjukdom eller för att kontrollera en utförd behandling. Aktuella ersättningar framgår av gällande Ersättningsöversikt.

3.1.5 Sjukvårdsrådgivning - vårdplanering

Försäkringen ger den försäkrade rätt till sjukvårdsrådgivning dygnet runt samt vårdplanering av legitimerade sjuksköterskor per telefon under kontorstid. Sjukvårdsrådgivning lämnas även till den försäkrades hemmavarande barn.

För försäkring med krav om remiss gäller ovanstående endast efter att försäkringsgivaren mottagit denna samt bekräftat och godkänt behandling.

3.1.6 Utökad sjukvårdsrådgivning

Försäkringen ger tillgång till rådgivning samt vårdplanering av all slags vård, det vill säga även den vård som inte omfattas av denna försäkring på grund av försäkringens villkor eller på grund av att den försäkrade fått ett undantag för en viss åkomma. Kostnad för sådan vård betalas av den försäkrade.

Utökad sjukvårdsrådgivning omfattar inte akut sjukvård sjukvård eller försäkring med remiss krav.

3.1.7 Transportkostnader

Försäkringen täcker den försäkrades nödvändiga och skäligen rese- och logikostnader om behandlingen försäkringen erbjuder finns 100 km från den försäkrades permanenta bostad. Om den försäkrade ska genomgå en större operation eller vid behandling och operation av barn under 18 (arton) år, 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 ska alltid godkännas i förhand av försäkringsgivaren.

3.1.8 Vårdgivare och behandlingsmetoder

Läkare, specialister osv. som ger behandling måste ha behörighet i det land där de praktiserar sitt yrke. Dessutom ska metoden vara godkänd av de offentliga hälsovårdsmyndigheterna i landet där behandlingen äger rum. Behandlingsmetoder som ännu inte är godkända av de offentliga hälsomyndigheterna men är under vetenskaplig utredning, kan bara ersättas om de godkänts i förväg av försäkringsgivaren.

3.1.9 Ersättningsöversikt

Inte i något fall får ersättningen överstiga räkningsbeloppet. Erhåller den försäkrade ersättning från försäkringsgivaren utöver det belopp som han/hon är berättigad till, är den försäkrade skyldig att utan dröjsmål återbetala det överskjutande belopp. Alla efterföljande betalningar som görs till försäkringsgivaren skrivs först av mot sådana utestående fordringar. I annat fall kommer försäkringsgivaren att reglera överskjutande belopp i annat mellanhavande mellan parterna. Ersättningsbeloppen är begränsade till normala, sedvanliga och skäliga kostnader i regionen eller landet där behandlingen ges.

SJUKHUSVISTELSE, OPERATIONER, BEHANDLINGAR M.M.	
Vård exkl. behandlingar, per sängdygn	100%
Vård på intensivavdelning, exkl. behandlingar	100%
Operationer	100%
Då sjukhus eller klinik använder sig av fast dagspris, inkl. behandlingar och operationer, per säng och dag	100%
Laboratorie- och röntgenundersökning, skanning och annan läkarbehandling vid inläggning	100%
Försäkringen ersätter kostnader för hjälpmedel under sjukhusvistelse. Tillfälliga hjälpmedel ersätts för skadans läkning	100%
Receptbelagd medicin i samband med sjukhusvistelse och/eller behandling. Ersättning lämnas upp till högkostnadsskyddet i offentlig vården. – dock i max. 6 månader från första behandlingsdag	100%
För- och efterbehandling på sjukhus/klinik i samband med sjukhusvistelse – efterbehandling i max. 6 månader från första behandlingsdag	100%
Rekonstruktiv kirurgisk behandling efter olycksfall eller till följd av kirurgiskt ingrepp vid vissa allvarliga sjukdomar. Behandlingen skall vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren.	100%
Cancerbehandling. - cancer- och cellprover, medicin, konsultationer och behandling, utförd av experter som även innefattar cellgiftsbehandling och strålbehandling	100%

SPECIALISTVÅRD, DIAGNOS, FÖRBEREDANDE UNDERSÖKNING OCH EFTERBEHANDLING	
Konsultation hos specialistläkare*	100%
Laboratorieundersökning, röntgenundersökning och skanning*	100%
Andra undersökningar ordinerade av specialistläkare*	100%
*Ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren	

SJUKGYMNASTIK OCH KIROPRAKTOR BEHANDLING/OSTEOPATI	
Läkarordinerad sjukgymnastik och/eller kiropraktorbehandling/osteopati under sjukhusvistelse samt efterbehandling i samband med sjukhusvistelse – dock i max. 4 månader från första behandlingsdag hos legitimerad sjukgymnast/kiiropraktor/osteopat	100%

REHABILITERING	
Läkarordinerad rehabilitering i samband med att den försäkrade är inlagd på auktoriserad behandlingsplats – dock max. 6 månader i ett behandlingsförlopp	100%

SJUKSKÖTERSKA I HEMMET	
Vid läkarordination återbetalas utgiften för legitimerad sjuksköterska i hemmet – max. 30 dagar per försäkringsår	100%

KOSTNADER INOM OFFENTLIG VÅRD	
Ersättning för patientavgifter inom offentlig vård ersätts endast vid de tillfällen där vidare vårdplanering och tidbokning sköts av försäkringens privatvårdsvårdsförmedling. Patientavgifter ersätts maximalt upp till högkostnadsskyddet.	100%

SJUKGYMNASTIK, BEHANDLING HOS KIROPRAKTOR SAMT NAPRAPAT/OSTEOPAT/AKUPUNKTUR	
Läkarordinerad sjukgymnastik hos legitimerad sjukgymnast	100%
Läkarordinerad kiropraktor, naprapati, osteopati, eller akupunktur hos legitimerad kiropraktor, naprapat, osteopat, eller akupunktör	
Behandlingen ska ske mot bakgrund av läkarordination och behandlingsförloppet ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren. Ersätts vid max 10 (tio) behandlingstillfällen per skada	
BEHANDLING HOS LEGITIMERAD PSYKOLOG	
Läkarordinerad psykologhjälp hos legitimerad psykolog	100%
Ersätts vid max 10 (tio) behandlingstillfällen per skada	
Behandlingen ska ske mot bakgrund av läkarordination och behandlingsförloppet ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren.	
TRANSPORT/RESOR /LOGI	
Försäkringen ersätter i förhand godkända rese- och logikostnader som uppstår i samband med ersättningsbar behandling. Jmf § 3.1.7	100%
Behandlingen ska ske mot bakgrund av läkarordination och behandlingsförloppet ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren.	
DIETIST	
Läkarordinerad konsultation hos auktoriserad dietist - dock max. 5 konsultationer per försäkringsår - gällande för personer med ett BMI > 30	100%
Behandlingen ska ske mot bakgrund av läkarordination och behandlingsförloppet ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren.	
MISSBRUKSAVVÄNJNING (ALKOHOL, NARKOTIKA ELLER MEDICIN)	
Ersättning lämnas för behandling av missbruk av alkohol, narkotika eller medicin vid enbart 1 (ett) behandlingstillfälle.	100%
Försäkringen betalar för avvänjning (av alkohol, narkotika och/eller medicin), och ansvarar för behandlingkostnad vid 1 (ett) behandlingstillfälle.	
Samma försäkrade kan under hela försäkringstiden maximalt erhålla ersättning för behandling av kr	60 000

3.1.10 Service och Vårdgaranti

Servicegaranti

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till bokad besök hos läkare inom 4 arbetsdagar från det att försäkringsgivarens vårdplanering mottagit samtal från den försäkrade där behov av ett besök hos läkare avtalats.

Om behandlingen/undersökningen består av flera läkarbesök gäller servicegarantin det första besöket.

Om behandlingen/undersökningen måste senare läggas av medicinska skäl eller att försäkrad inte accepterat tiden för besöket, gäller inte servicegarantin.

Servicegarantin gäller för vård som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Norden.

Vårdgaranti

Försäkringsgivaren lämnar garantiersättning för ett och samma skadefall om godkänd operation förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering inte genomförts inom 20 dagar under förutsättning att följande uppfyllts:

- att remiss för operation är utfärdad av specialitläkare,
- att försäkringsgivaren fått kännedom om remiss eller ordination,
- att försäkringsgivaren erhållit nödvändiga underlag för att godkänna operation,

Garantiersättningen utgår med 500 kr per dygn till dess att operation genomförts. Garantiersättningens storlek är maximerad till att uppgå till 10 000 kr för den försäkrade. Garantin gäller ej om den försäkrade inte kan opereras av medicinska skäl, eller uteblir från inbokad behandling eller tackar nej till inbokad tid för operation.

3.1.11 Vaccinationsservice

Genom försäkringsgivarens sjukvårdsrådgivning ger försäkringen den försäkrade tillgång till allmän information om vaccination för till exempel utlandsvistelse samt hjälp att boka tid för vaccination. Kostnaden för vaccination betalas av den försäkrade. Vaccinationsservice gäller ej försäkring med remiss krav.

3.1.12 Second opinion

Second opinion ger den försäkrade i vissa fall rätt till ytterligare en medicinsk bedömning av en 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 på grund av en allvarlig livshotande sjukdom som ersätts av försäkringen, förutsatt att:
- behandlingen kan innebära särskilda risker,
- valet har betydelse för framtida livskvalitet och,
- det inte står helt klart vilken behandling som är lämpligast i det aktuella fallet.

4 Begränsningar

4.1 Begränsningar i rätten till ersättning

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

Befintlig åkomma omfattas dock av försäkringen efter att den försäkrade varit helt behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av två år närmast före det att ersättningsanspråk framställs p.g.a sjukdomen eller besväret.

Försäkringen för barn gäller inte för sjukdom, kroppsskada, kroppsfel, psykisk utvecklingskada eller olycksfallsskada som visat sig innan försäkringen trädde ikraft eller för senare följder av dessa.

Barns medfödda sjukdomar omfattas endast av försäkringen om de visar sig först efter att barnet har genomgått den så kallade fyraårskontrollen och där befunnits vara fullt friskt.

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

- kosmetisk kirurgi och behandling, såvida inte denna är medicinskt nödvändig och godkänd av försäkringsgivaren,
- fettooperationer,
- veneriska sjukdomar,
- AIDS, AIDS-relaterade sjukdomar och sjukdomar relaterade till HIV-antikroppar (HIV-positiv). Dock omfattas sjukdomar relaterade till AIDS och HIV-antikroppar (HIV-positiv) om det kan bevisas att orsaken är en blodtransfusion som erhållits efter det att försäkringen trädde i kraft. HIV-viruset omfattas också om det kan bevisas att förekomsten av detta är en följd av ett olyckstillbud i samband med normal yrkesutövning. Den försäkrade ska meddela försäkringsgivaren inom 14 (fjorton) dagar efter ett sådant olyckstillbud och samtidigt uppvisa ett negativt HIV-antikroppstest,
- missbruk av alkohol, droger och/eller mediciner, (Dock ersätts missbruksvård vid ett (1) behandlingstillfälle),
- avsiktligt självförvållad kroppsskada,
- födelsekontroll, inklusive sterilisering
- framkallad abort, såvida inte denna är medicinskt ordinerad,
- graviditet, födsel och efterbehandling,
- varje slag av fertilitetstest och/eller fertilitetsbehandling, inklusive hormonbehandling, insemination eller undersökningar och alla procedurer relaterade till denna, inklusive kostnader för graviditet, födsel, för- och

efterbehandling av barnet/barnen samt behandling av symtom och följder därav.

- alla former av experimentell vård,
- vård som inte ingår i medicinsk eller kirurgisk behandling, bland annat uppehåll på vårdhem, åldringsvård, senil demens
- behandling av sexuell dysfunktion,
- tandkirurgiska operationer,
- utredning, behandling och operation av sömnproblem/sjukdomar som snarkning, sömnapné, samt tillhörande medicinsk utrustning,
- behandling av naturläkare eller homeopat samt medicinering med naturmedicin eller homeopatiska preparat samt andra alternativa behandlingsmetoder,
- läkarintyg,
- hälsointyg,
- behandling av sjukdomar under militärtjänst,
- behandling utförd av den försäkrade, hans/hennes partner, föräldrar eller barn eller ett företag som ägs av någon av sagda personer,
- epidemier där insatserna leds av offentliga myndigheter,
- sjukdom som omfattas av smittskyddslagen eller följer därav,
- ett avtalat besök, behandling eller operation på en mottagning, sjukhus eller klinik där den försäkrade uteblivit. Kostnaden debiteras den försäkrade,
- professionell sport,
- organtransplantation,
- konvalescens.

5 Gemensamma bestämmelser

5.1 Ansvarstid och försäkringstid

Ansvarstid, det vill säga den längsta tid som ersättning kan lämnas för ett skadefall, är obegränsat fram till 66 års dagen, därefter är ansvarstiden fem år. Om försäkringen lämnas obetald under pågående skadefall är ansvarstiden upp till 66 års ålder tre år, därefter tolv månader. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som samma skadefall.

5.2 Ersättningsbelopp och självrisk

Försäkringen täcker maximalt upp till SEK 2.000.000 per försäkrad och år. Kostnaderna ska vara på förhand godkända av försäkringsgivaren. Och all vård ska vara förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering. Försäkringen gäller för olika självriskalternativ. Självrisken framgår av gällande försäkringsbesked.

5.3 Kostnader som ersätts på annat sätt

Sjukvårdsförsäkringen ersätter inte kostnader som ersätts på annat sätt, till exempel via annan försäkring (exempelvis trafik- eller arbetsskadeförsäkring)

6 Åtgärder vid skada

6.1 Anmälan av skadefall

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

Diagnostisering och primär behandling i akutskedet ska utföras på hemorten eller, vid vistelse utanför hemorten, på vistelseorten. Fortsatt behandling kan ske på privatsjukhus eller på annat sjukhus som ur behandlingssynpunkt är lämpligare.

Eftervård ska om möjligt ske på hemorten men kan dock om det ur behandlingssynpunkt är angeläget ske vid det sjukhus där den försäkrade vårdats. Innan eftervård sker på annan plats än vad som angivits ovan ska godkännande inhämtas från försäkringsgivaren.

6.2 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 punkt 6 (Åtgärder vid skada).

7 Allmänna villkor

7.1 Allmänt

Dessa försäkringsvillkor gäller tills vidare för försäkringsavtal som tecknas eller förnyas från 1 januari 2009. Skadefall regleras enligt de villkor som gäller när skadefallet inträffar. För försäkringsavtalet gäller det som anges i försäkringsbeskedet, dessa villkor, försäkringsavtalslagen och allmän svensk lag i övrigt. Försäkringsavtalet grunder sig på de uppgifter som lämnas då försäkringen tecknas eller förnyas. Bestämmelse i försäkringsbeskedet har företräde framför bestämmelse i dessa villkor.

7.2 Villkor och premie

Försäkringsgivaren har rätt att göra allmän premie och villkorsändring, de nya premierna och villkoren för försäkringen tillämpas från närmast följande årsförfallodag, under förutsättning att försäkringstagaren underättats om detta senast 30 dagar före årsförfallodagen.

Försäkringsgivaren har i övrigt rätt att ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden om förutsättningarna för avtalet förändras genom ändrad lagstiftning eller annan författning, ändrad tillämpning av lag eller annan författning eller genom myndighets föreskrifter. En sådan ändring börjar gälla efter det att försäkringsgivaren direkt eller genom Grupp företrädaren, sänder meddelande om de nya villkoren, eller vid den tidpunkt som följer av lag.

7.3 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 de försäkrade ska ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor. Har den försäkrade uppsåtligt eller av oaktsamhet, som inte är ringa, lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse för avtalet och försäkringsgivaren inte skulle ha meddelat försäkring med kännedom om de rätta uppgifterna, är försäkringsgivaren fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall vad gäller denne.

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

7.4 Premie

7.4.1 Betalning av första premien

Första premien skall betalas inom 14 dagar från den dag då försäkringsgivaren sänder avi om premie till premiebetalare. Betalas inte premien inom 14 dagar efter utsänd avi har försäkringsgivaren rätt att säga upp försäkringen.

7.4.2 Premie för senare premieperiod

Premie för senare premie period (månads-, eller halvårsbetalning) ska betalas senast på periodens första dag. Premien behöver dock inte betalas tidigare än en månad efter det att försäkringsgivaren skickat ut premieavin. Betalas inte premien i rätt tid föreligger dröjsmål med premiebetalningen och försäkringsgivaren har rätt att säga upp försäkringen.

7.4.3 Förnyelsepremien

Förnyelsepremien beräknas vid varje årsförfallodag. Därtill kan villkorsförändringar medföra premieförhöjningar. Premien ska betalas senast på årsförfallodagen. Försäkringstagaren har

dock alltid 30 dagar på sig att betala från det att avi har utsänds. Betalas inte premien i rätt tid föreligger dröjsmål med premiebetalningen och försäkringsgivaren har då rätt att säga upp försäkringen.

7.4.4 Utebliven betalning av förnyelsepremien

Betalas inte premien i rätt tid får försäkringsgivaren säga upp försäkringen. Påminnelsen/Uppsägningen skall sändas till försäkringstagaren. Uppsägningen får verkan 14 dagar efter den dag då den avsänts, om inte premien betalas inom denna frist.

7.4.5 Återupplivning av försäkringen

Har uppsägningen fått verkan och avser dröjsmålet inte första premien för försäkringen, återupplivas försäkringen till sin tidigare omfattning, om utestående premiebelopp betalas inom tre månader från utgången av fristen på 14 dagar. Återupplivas försäkringen, inträder försäkringsgivarens ansvarighet från och med dagen efter den dag då premiebeloppet betalades.

7.4.6 Dröjsmålsränta

Vid dröjsmål med premiebetalning har försäkringsgivaren rätt till dröjsmålsränta enligt räntelagen.

7.5 Försäkringstagarens/försäkrads rätt att säga upp grupp försäkringen

7.5.1 Försäkrad gruppmedlem kan när som helst under försäkringstiden säga upp försäkringen att upphöra omedelbart eller, i de fall medlemmen är direkt ansluten till försäkringen, anmäla till försäkringsgivaren att han/hon avstår från försäkringen. Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida, upphör försäkringen för samtliga försäkrade vid den tidpunkt som anges i uppsägningen, dock tidigast en månad efter det att uppsägningen kom till försäkringsgivaren.

7.5.2 Om försäkringen är företagsägd har företaget rätta att säga upp försäkring för försäkrad person om anställningsförhållandet med denna person upphör. Återbetalning av oförbrukad premie vid anställningens upphörande sker till arbetsgivaren. Premiereglering sker den 1:a i månaden från och med den månad skriftlig uppsägning kommit in till försäkringsgivaren.

7.6 När Grupp försäkringen upphör att gälla

Grupp försäkringen gäller längst till dess gruppmedlemmen/medförsäkrade uppnår den i försäkringsbeskedet angivna slutåldern.

Grupp försäkringen upphör dessförinnan att gälla:

då gruppavtalet upphör
då försäkringstagaren/ försäkrad/ försäkringsgivaren säger upp försäkringen, eller

om premien inte betalas i rätt tid; se avsnitt villkor och premie. Giltighetstiden för försäkringen kan inte förlängas efter uppnådda slutåldern genom att premie betalas för tid efter det försäkringen upphört. Premie som inbetalats för tid efter det att försäkring upphört, återbetalas utan ränta.

7.7 Fortsättningsförsäkring

Gruppledanden/Medförsäkrad har rätt att hos försäkringsgivaren eller hos annat försäkringsbolag försäkringsgivaren anvisar få ett likvärdigt skydd genom att teckna fortsättningsförsäkring om:

Då gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från försäkringsgivaren eller på grund av uppsägning från gruppens sida.

Då gruppavtalet upphör vid obligatorisk försäkring på grund av bristande premiebetalning.

Gruppledanden lämnar kretsen av försäkringsberättigade. Vid frivillig försäkring gäller rätten till fortsättningsförsäkring endast medförsäkrad om försäkringen upphör på grund av bristande premiebetalning.

Rätt till fortsättningsförsäkring föreligger inte om försäkrad varit försäkrad mindre än sex månader.

Fortsättningsförsäkring tecknas utan hälsoprövning och kan tecknas att gälla längst till utgången av den månad då den försäkrade fyller 75 år. Ansökan om fortsättningsförsäkring ska göras inom tre månader från den dag gruppförsäkringen upphörde att gälla. Premien bestäms efter den försäkrades egen ålder och beräknas enligt särskild tariff.

Ansökan om fortsättningsförsäkring måste skickas direkt till försäkringsgivaren.

7.8 Efterskydd

För försäkrad som före 65 års ålder utträtt ur gruppen gäller ett oförändrat försäkringsskydd under tre månader (efterskydd).

Efterskydd gäller inte:

- om den försäkrade på annat sätt fått eller uppenbarligen kan få ett skydd av samma slag
- om gruppavtalet har sagts upp av behörig företrädare för gruppen eller av försäkringsgivaren
- om den försäkrade själv valt att säga upp försäkringen men står kvar i den försäkringsberättigade gruppen

Rätt till efterskydd föreligger inte om försäkrade varit försäkrade mindre än sex månader.

Medförsäkrad har även rätt till efterskydd om:

- gruppmedlem avlider
- äktenskapet, registrerat partnerskap eller samboförhållandet med gruppmedlemmen upplöses.

7.9 Framkallande av försäkringsfall

Om den försäkrade uppsåttligen har framkallat ett försäkringsfall, är försäkringsgivaren fritt från ansvar.

Om den försäkrade genom grov vårdslöshet framkallat ett försäkringsfall eller förvärrat dess följder kan försäkringsersättningen begränsas.

7.10 Åtgärder för utbetalning

Försäkringsfall som kan ge rätt till ersättning, skall snarast anmälas till försäkringsgivaren. Blanketter kan rekvireras från försäkringsgivaren eller gruppföreträdaren. De handlingar och övriga upplysningar som försäkringsgivaren anser vara av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning och försäkringsgivaren ansvarighet skall anskaffas och insändas utan kostnad för försäkringsgivaren.

Medgivande för försäkringsgivaren att för bedömning av sin ansvarighet inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning, skattemyndighet eller arbetsgivare skall lämnas om försäkringsgivaren begär detta.

Om försäkringsgivaren begär det, skall den försäkrade inställa sig för undersökning hos särskilt anvisad läkare. Sådan undersökning bekostas av försäkringsgivaren.

Kostnader som skall ersättas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal, ersätts inte från denna försäkring. Exempel på annan försäkring är reseförsäkring, patientförsäkring och arbetsskadeförsäkring.

7.11 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.

7.12 Preskription

Rätten till ersättning upphör om anspråk på ersättning inte görs inom tre år från det att någon som är berättigad att framställa anspråket fick kännedom om de omständigheter som anspråket grundas på.

Om anspråk på ersättning inte görs inom tio år från det att så tidigast hade kunnat ske, faller rätten till ersättning bort under alla förhållanden.

Har den som vill kräva ut försäkringsersättning anmält skadan till försäkringsgivaren inom tid som angetts i första stycket, har han/hon alltid sex månader på sig att väcka talan sedan försäkringsgivaren har förklarat att slutlig ställning har tagits i ersättningsfrågan.

Om rätt till flera ersättningsbelopp uppkommit, gäller första till tredje stycket för varje sådant belopp var för sig.

7.13 Skatteklass

Försäkringen i dessa villkor tillhör skattekategori K, vilket innebär att premien inte är avdragsgill och att utfallande belopp inte inkomstbeskattas.

7.14 Giltighet i utlandet

Sjukvårdsförsäkringen gäller för olycksfallsskada/sjukdom som inträffar/uppstår i hela världen. Ersättning lämnas för åtgärder och kostnader inom Norden under förutsättning att dessa utförs av leverantörer/vårdgivare som i förväg anvisats av försäkringsgivaren. Försäkringen kan ersätta åtgärder och kostnader utanför Norden efter godkännande i förväg av försäkringsgivaren.

7.15 Juridiskt ombud

Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

7.16 Generella begränsningar

Olycksfallsskada, sjukdom som direkt eller indirekt beror på idrotts-, sport- eller artistutövande med inslag av fysisk aktivitet och från vilken försäkrad erhåller eller beräknas erhålla en årlig inkomst av minst 0,5 prisbasbelopp (inklusive bidrag från sponsorer), ersätts ej.

7.17 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. Såsom deltagande i krig eller politiska oroligheter räknas även FN-soldater. Försäkringarna gäller heller inte för försäkringsfall som inträffar inom ett år efter ett sådant deltagande och som kan anses vara en följd av kriget eller de politiska oroligheterna.

Utbyter krig eller oroligheter medan den försäkrade vistas i området gäller försäkringen under den första månaden under förutsättning att han/hon inte deltar i kriget eller de politiska oroligheterna.

7.17.1 Vid krigsförhållanden i Sverige

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

Gruppförsäkringen gäller inte för arbetsförmåga som inträffar medan krigsförhållanden råder i Sverige, om arbetsförmågan kan anses vara beroende av krigsförhållanden. Försäkringen gäller inte heller för arbetsförmåga som inträffar inom ett år

efter krigsförhållandenas upphörande och som kan anses vara beroende av krigsförhållandena.

7.18 Force Majeure

Försäkringsgivaren är inte ansvarig för ekonomisk förlust, som kan uppstå om utredning rörande försäkringsfall eller utbetalning fördröjts p.g.a. krig, politiska oroligheter, lagbud, myndighets åtgärd eller stridsåtgärder i arbetslivet.

7.19 Om du inte är nöjd

Vid missnöje med skaderegleringen, tvist eller klagomål se punkt 8 (Prövning av beslut i försäkringsärende).

7.20 Säkerhetskrav och förutsättningar

För gruppörsäkring som tecknas av företaget (försäkringstagaren) för sina anställda (de försäkrade) har försäkringstagaren inte rätt att ta del av den försäkrades hälsostatus och försäkringsmedicinsk bedömning rörande denne. Av samma orsak kan försäkringsgivaren neka att motivera och förklara eventuella inskränkningar och premieförhöjningar för försäkringstagaren. Gruppförsäkringen kan endast omfatta person som är inskriven i svensk försäkringskassa eller motsvarande nordisk instans.

7.21 Behandling av personuppgifter (PUL)

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivaren koncernen 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 Liv och Hälsa AB, Box 2348, 103 18 Stockholm Sverige erhålla sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter. Försäkringstagaren/den försäkrade kan också till försäkringsgivaren skriftligen anmäla att han eller hon inte önskar erhålla direkt marknadsföring avseende nya försäkringsprodukter och tjänster.

7.22 Registrering av anmälda skador i gemensamt skadeanmälningsregister - GSR

För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig försäkringsgivaren av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR).

Försäkringsgivaren har rätt att i det gemensamma registret registrera anmälda skador i anledning av denna försäkring. Registret används endast i samband med skadereglering. Personuppgiftsansvarig för GSR är Sveriges Försäkringsförbund, Box 24043, 104 50 Sthlm.

8 Prövning av beslut i försäkringsärende

Om den försäkrade är missnöjd med Försäkringsgivarens beslut i ett försäkringsärende ska i första hand omprövning av beslutet begäras hos Försäkringsgivaren. Begäran ska sändas till den handläggare som beslutat i ärendet eller till handläggarens närmaste chef.

Försäkringsgivarens prövningsnämnd

Slutligt beslut i ett försäkringsärende kan prövas av Försäkringsgivarens prövningsnämnd. Nämnden består av en utomstående expert med lång erfarenhet från personskadeområdet, en jurist samt Försäkringsgivarens skade- respektive riskbedömningschef.

Är den försäkrade trots detta missnöjd kan den försäkrade vända sig till:

- a) **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:

- b) **Personförsäkringsnämnden (PFN)**
Box 24067, 104 50 Stockholm
Telefon: 08-522 787 20
Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

För kostnadsfri rådgivning kontakta:

- c) **Konsumenternas försäkringsbyrå (KFB)**
Box 24215, 104 51 Stockholm
Telefon: 08-22 58 00, 08-24 88 91
Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

Twist med anledning av försäkringsavtalet prövas av svensk domstol, i första hand vid tingsrätt, och med tillämpning av svensk lag. Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

Är Ni inte nöjd med hanteringen av Ert klagomål kan Ni kontakta representanten för Lloyds assuradörerna i Sverige (enligt nedan adress) som tar upp fallet med Lloyds reklamationsavdelningen för slutlig granskning av fallet utan menlig inverkan på Era rättigheter enligt svensk lag.

Lloyd's representant i Sverige är:
Erik Börjesson
Lloyd's General Representative for Sweden
Sveavägen 20, 6 tr
SE- 111 57 Stockholm Sweden
Tel: +46 (0) 8 54525540
Fax: +46 (0) 8 54525542

Samtliga delgivning, anmälningar och stämningar i samband med denna försäkring skall anses vara delgivna försäkringsgivaren om de adresseras och överlämnas till Lloyd's general representative.

9 Övriga regler och begreppsförklaringar

9.1 Sekretess

All personal såväl hos försäkringsgivaren som eventuella samarbetspartners arbetar under sekretess enl. Sjuk- och Hälsovårdslagen.

9.2 Begreppsförklaringar

Ansvarstid	Den tid under vilken försäkringen lämnar ersättning för godkänt skadefall.
Avtalsinformation	Försäkringsbesked som anger försäkringens omfattning.
Behandlings- och symptomfri	Med behandlings- och symptomfri avses att den försäkrade inte behöver vård, medicinering, behandling eller genomgå kontroller på grund av aktuellt skadefall. Försäkrad som har tid utsatt hos vårdgivare för återbesök/kontroll till följd av skadefall anses inte i något fall vara behandlings- och symptomfri.
Sjukhusvistelse	Med sjukhusvistelse menas att den försäkrade varit inskriven på sjukhus.
Existerande sjukdom	Existerande sjukdom gäller när sjukdomsförlopp, inklusive sjukdomar och åkommor har kommit försäkrade till kännedom eller att försäkrade borde känna till vid tidpunkten för anslutning till försäkringsavtalet. Existerande sjukdom kan ha samband arbetsförhet och kan påverka rätten till anslutning till försäkringen.
Fullt arbetsför	Med fullt arbetsför avses den som ska försäkras inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknade ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.
Fysisk sjukdom	Med fysisk sjukdom menas sjukdom av somatisk (icke psykisk) karaktär.
Försäkrad	Med försäkrad avses den på vars hälsa försäkringen gäller.
Försäkring	Försäkringsvillkoren och Försäkringsbeskedet representerar försäkringsavtalet som ingåtts med försäkringsgivaren, och fastställer ramarna för försäkringen, premiebetalningen, självrisk och ersättningsbelopp.
Försäkringsbesked	Besked om försäkringsdetaljer, som anger försäkringsmomentet, årspremie och eventuella andra speciella villkor som ingår i avtalet.
Försäkringstagare	Med försäkringstagare avses den som ingått avtal om försäkring med försäkringsgivaren.
Försäkringsvillkor	Villkoren för den tecknade försäkringen.
Offentlig vård	Med offentlig vård menar vi sådan vård där subvention av behandlingskostnad lämnas med offentliga medel.
Olycksfallsskada	Med olycksfallsskada menar vi kroppsskada som ofrivilligt drabbat den försäkrade genom plötslig yttre händelse.
Privat vård	Med privat vård menar vi sådan vård som inte finansieras med offentliga medel.
Sjukdom	Med sjukdom avses en sådan försämring av hälsotillståndet som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt definitionen av olycksfallsskada. Med sjukdom avses inte frivilligt orsakad kroppsskada.
Självrisk för försäkringstagaren	Självrisk är den del av kostnaderna för vård och behandling som du själv får betala vid varje skadetillfälle. För uppgift om självriskens storlek, se försäkringsbeskedet.
Terroristhandling	Terroristhandling är en handling som inbegriper men inte är begränsad till användning av tvång eller våld och/eller till hot om tvång eller våld av en person eller grupper av personer. Den utförs av någon som handlar ensam, för en organisation eller statsmacts räkning eller i förbindelse med en organisation eller statsmakt. Handlingen begås av politiska, religiösa, ideologiska eller etiska skäl, inklusive avsikten att påverka statsmakt och/eller att injaga fruktan i allmänheten eller någon del av allmänheten.