



Gjensidige

Sjukvårdsförsäkring företag

Villkor: 3005



Gäller från 2017-05-01

Innehåll

A. Försäkringsavtalet	3	G. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter	14
B. Försäkringens omfattning - Allmänt	6	H. Om du inte är nöjd	14
C. Försäkringens omfattning – Ersättningsmoment	8	I. Personuppgifter	15
D. Vårdgaranti	11	J. Begreppsförklaringar	15
E. Begränsning i omfattning	11		
F. Åtgärder vid skada	14		

Kontakta Gjensidige försäkring

Kundtjänst

Telefon 0771-326 328

E-mail vardplanering@vardiacare.se

Öppettider

Måndag - fredag: 08.30 - 17.00

Helger: stängt

Skador

Telefon 0771-326 328

E-mail skadereglering@vardiacare.se

Öppettider

Måndag - fredag: 08.30 - 16.00

Helger: stängt

Skadejour

Vid akut skada efter kl. 16.00 eller på helger - kontakta då vår Skadejour, telefon 0771-614 614.

Villkor: 3005

Om Gjensidige Försäkring

Gjensidige är en av Nordens största aktörer inom sakförsäkringar. Vi är ett av de äldre försäkringsbolagen i branschen med anor från tidigt 1800-tal och erbjuder försäkringar i Sverige, Norge, Danmark samt Estland, Lettland och Litauen.

I Sverige arbetar vi utifrån samma grundvärderingar som Gjensidige haft genom sin flera hundra år långa historia – kundengagemang och tillit.

Med en samlad erfarenhet från den nordiska försäkringsbranschen erbjuder vi traditionella försäkringar till privatpersoner och företag. Tack vare en effektiv organisation med låga omkostnader kan vi erbjuda försäkringar till konkurrenskraftiga priser utan att göra avkall på kvaliteten.

Vår ambition är att växa oss starka på den svenska marknaden genom att långsiktigt verka för att våra kunder erbjuds bra produkter, med hög service till ett bra pris. Avsikten är också att vi ska fortsätta präglas av korta beslutsvägar, närhet till våra kunder och stort personligt engagemang, men med Gjensidigekoncernens kapital och resurser i ryggen. Vår tro är att detta ska borga för nöjda och trygga kunder.

Villkor

I tillägg till dessa villkor, gäller följande:

- Försäkringsbrev med angivna specifikationer och särskilda villkor
- Generella villkor
- Försäkringsavtalslagen (FAL)

Försäkringsbrev med angivna specifikationer och särskilda villkor gäller före de allmänna villkoren.

A. Försäkringsavtalet

1. Parter

1.1 Försäkringsgivare

Försäkringsgivare är Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, organisationsnummer 516407-0384, en filial till Gjensidige Forsikring ASA, organisationsnummer 995 568 217, med huvudkontor och säte i Oslo, Norge. Den svenska filialen har sitt huvudkontor i Stockholm.

1.2 Försäkringstagare

Försäkringstagare är den som har ingått avtal om försäkring med Bolaget.

1.3 Försäkrad

Försäkrad är den på vars hälsa försäkringen gäller.

1.4 Gruppmedlem

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

1.5 Gruppföreträdare

Gruppföreträdare är den som företräder gruppen av försäkrade hos försäkringstagaren.

1.6 Medförsäkrad

Medförsäkrad är försäkrad gruppmedlems make/maka/sambo/registrerad partner eller barn, som i denna egenskap har anslutits till försäkringen enligt bestämmelse i gruppavtalet och som är folkbokförd på samma adress som gruppmedlemmen.

2. Allmänt

2.1 Giltighetstid

Dessa försäkringsvillkor gäller tillsvidare för försäkringsavtal som tecknas eller förnyas från och med den 1 januari 2016.

2.2 Försäkringsavtalet

För försäkringsavtalet gäller det som anges i försäkringsbeskedet, detta villkor, försäkringsavtalslagen och övrig svensk rätt.

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som lämnas då försäkringen tecknas eller förnyas. Bestämmelse i försäkringsbeskedet har företräde framför bestämmelse i detta villkor.

3. Villkor för anslutning

3.1 Kollektiv försäkring

Försäkringen och, i förekommande fall, separata försäkringsmoment, kan tecknas av en arbetsgivare eller organisation för dess anställda eller medlemmar. Arbetsgivaren eller organisationen skall vara hemmahörande med fast adress i Sverige. Vid kollektiv försäkring är arbetsgivaren eller organisationen försäkringstagare och de anställda/medlemmarna försäkrade. Arbetsgivaren/organisationen utser gruppföreträdare som ansvarar för att förmedla försäkringsinformation till de försäkrade

3.2 Grundvillkor för tecknande av försäkring

Grundvillkor för att teckna försäkring är att den som ska försäkras

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

3.3 Fullt arbetsför

Med fullt arbetsför avses att den som ska försäkras inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl. Den försäkrade får vidare inte varit sjukskriven/arbetsoförmågen i mer än 14 dagar i följd de senaste 12 månaderna vid teckningstillfället.

3.4 Medförsäkrade vuxna familjemedlemmar

Om det framgår av gruppavtalet eller annan försäkringsdokumentation kan medförsäkrade erbjudas möjlighet att teckna försäkring.

Arbetsgivaren/organisationen och dess gruppföreträdare har då motsvarande skyldigheter till medförsäkrade som till övriga försäkrade. Teckningsregler enligt punkt 3.1 gäller även den medförsäkrade och skall intygas individuellt. Villkoren för medförsäkrad framgår av försäkringsbrevet och detta villkor.

Grundvillkor för att få teckna försäkring för medförsäkrade familjemedlemmar är att den huvudförsäkrade tecknat motsvarande försäkring för egen del.

3.5 Medförsäkrade barn

Om det framgår av gruppavtalet eller annan försäkringsdokumentation kan medförsäkrade barn erbjudas möjlighet att teckna försäkring. Arbetsgivaren/organisationen och dess gruppföreträdare har då motsvarande skyldigheter till

medförsäkrade som till övriga försäkrade. Grundvillkor 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 och stadigvarande bosatt i Norden,
- omfattas av allmän sjukvård genom Nordisk försäkringskassa.

För att kunna teckna försäkring för medförsäkrat barn gäller att barnet skall vara

- arvsberättigad till huvudförsäkrad
- arvsberättigad till medförsäkrad make/maka, partner eller sambo under förutsättning att barnet är folkbokfört på samma adress som försäkringstagaren.

3.6 Fullt frisk

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

4. Upplyningsplikt

4.1 Upplyningsplikt

Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på Bolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för om försäkringen ska meddelas, vidmakthållas, utvidgas eller förnyas.

4.2 Ändrade förhållanden

Försäkringstagaren och den försäkrade är under försäkringstiden skyldig att upplysa gruppföreträdaren, som i sin tur är skyldig att informera Bolaget om sådana förändringar hos försäkrade som kan ha betydelse för försäkringen, exempelvis ändrade arbetsuppgifter, utträde ur gruppen eller bosättning utanför Norden. En försäkringstagare och gruppföreträdare som inser att tidigare lämnad information är oriktig eller ofullständig är skyldig att omedelbart rätta uppgifterna.

5. Försäkringstid

5.1 Anslutning

Anslutning till försäkringen sker genom anmälan eller ansökan till Bolaget eller gruppföreträdaren.

5.2 Obligatorisk anslutning

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 inkommer till Bolaget

eller gruppföreträdaren, dock tidigast dagen efter inträdet i gruppen, under förutsättning att de då uppfyller samtliga anslutningsvillkor.

5.3 Ej fullt arbetsför

Gruppmedlem som inte är fullt arbetsför vid tidpunkten för anmälan om obligatorisk anslutning, kan omfattas av försäkringen först när denne åter har varit fullt arbetsför i minst 14 dagar i följd.

5.4 Frivillig anslutning

Vid frivillig anslutning börjar enskild försäkring gälla tidigast den dag som ansökan inkommer till gruppföreträdaren under förutsättning att alla villkor för anslutning är uppfyllda och att den sökta försäkringen i övrigt kan beviljas.

5.5 Giltighetstid

Försäkringen gäller 1 år i taget om inget annat anges i gruppavtalet.

Försäkringen förnyas automatiskt med 1 år i taget till dess att uppsägning sker. Uppsägning av gruppförsäkringen sker skriftligen tidigast 3 månader före och senast 1 månad före årsförnyelsedagen.

Försäkringsbolaget ansvarar endast för skada genom händelse som inträffar under försäkringstiden om inte annat särskilt anges i villkoren.

6. Premiebetalning och ansvar

6.1 Premiegrund

Premien bestäms för ett försäkringsår i taget och beräknas bland annat på grundval av gruppens sammansättning av personer, försäkringens omfattning, skadeutfallet i gruppen och Bolagets gällande premietariffer.

6.2 Första premie

Den första premien ska betalas senast 14 dagar efter att premiefakturan har avsänts eller på annan senare dag som anges på fakturan. Försäkringsgivarens ansvar faller då från avtalets begynnelse dag. Betalas premien senare är den försäkrade i dröjsmål. Om premiebetalning skulle komma Försäkringsgivaren tillhanda senare än det datum som anges på påminnefakturan inträder Försäkringsgivarens ansvar från och med dagen efter betalningen.

6.3 Premie vid förnyelse

Fortsatta premiebetalningar betalas i förskott senast på den första dagen i varje premieperiod. Premien behöver dock inte betalas tidigare än 30 dagar efter det att Försäkringsgivaren skickat ut

premiefaktura. Betalas premien senare är den försäkrade i dröjsmål. Om premiebetalning skulle komma Försäkringsgivaren tillhanda senare än det datum som anges på påminnelsefakturan inträder Försäkringsgivarens ansvar från och med dagen efter betalningen.

6.4 Premieförbrukning

Premien förbrukas under löpande försäkringstid.

6.5 Dröjsmål med premiebetalning

Om premien inte betalas i rätt tid får försäkringen sägas upp med en skriftlig uppsägning. Försäkringen upphör att gälla 14 dagar efter att uppsägningen har skickats om premien inte betalas dessförinnan. Om försäkringsavtalet upphör på grund av obetald premie har Försäkringsgivaren rätt till premie för tiden fram till upphörandedagen. Premien beräknas då enligt de regler som skulle ha gällt om försäkringen från början hade bestämts att gälla för den kortare tiden.

6.6 Återupplivning av försäkring

Om en försäkring har upphört genom uppsägning på grund av dröjsmål med fortsatt premiebetalning, kan försäkringen återupplivas genom att samtliga obetalda premier betalas inom 3 månader efter att försäkringen upphörde. Villkor Sjukvårdsförsäkring, sida 6 av 16

6.7 Försäkringens giltighet vid återupplivning

Vid återupplivning börjar försäkringen att gälla dagen efter betalningen men gäller inte för någon åkomma som visade sig under tiden som försäkringen var satt ur kraft eller för senare följder därav.

6.8 Ej återupplivning

Försäkringen kan inte återupplivas om dröjsmålet avser den första premiebetalningen.

6.9 Premieskatt, premieavgift och andra liknande kostnader

Avtalad premie innefattar inte skatter, avgifter och liknande kostnader som försäkringstagaren eller de försäkrade enligt lag är skyldig att betala med anledning av detta försäkringsavtal.

6.10 Dröjsmålsränta

Vid dröjsmål med premiebetalning har Bolaget rätt att kräva dröjsmålsränta enligt räntelagen.

7. Ändringar

7.1 Ändring av premie och villkor

Premien och försäkringsvillkoren får ändras av Bolaget inför varje nytt försäkringsår. Bolaget skall skriftligen ange betydande förändringar senast i samband med att kravet för betalning för den nya perioden sänd till försäkringstagaren. Den förnyade

försäkringen gäller då med nya villkor och för den tid som Bolaget angivit. På begäran av Bolaget kan försäkringsvillkoren ändras under pågående försäkringsperiod om det finns synnerliga skäl för ändringen.

7.2 Ändrad lagstiftning med mera

Om de grundläggande förutsättningarna för försäkringen ändras, exempelvis genom lag, förordning, myndighetsföreskrift eller annat tvingande påbud, så får försäkringen ändras i motsvarande mån med verkan från och med den premieperiod som infaller närmast efter att 1 månad har förflutit från det att skriftligt besked om ändringen har avsänts.

7.3 Ansökan om utökat försäkringsskydd

Om försäkrade ansöker om ett utökat försäkringsskydd, betraktas ansökan som en ny ansökan om försäkring. Om ansökan godkänns av bolaget gäller utökningen från försäkringens nästa huvudförfallodag. Ansökan ska ske skriftlig till Bolaget.

8. När försäkringen upphör

8.1 Försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen

Försäkringstagaren har alltid rätt att säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång. Försäkringstagaren har dessutom rätt att säga upp försäkringen att upphöra före försäkringstidens utgång i följande fall:

- Om försäkringsbehovet faller bort eller det inträffar någon annan liknande omständighet.
- Om försäkringsbolaget väsentligen åsidosätter sina skyldigheter enligt gällande lag eller enligt försäkringsavtalet eller ändrar försäkringsvillkoren med effekt under försäkringstiden.
- Om försäkringen förnyats enligt avsnittet Förnyelse av försäkringen och försäkringstagaren ännu inte betalat premie för den nya perioden.
- Om det i annat fall föreligger en ny omständighet av väsentlig betydelse för försäkringsavtalet. Uppsägning effektueras dagen efter den dag då försäkringsbolaget mottog uppsägningen.

8.2 Försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen

Försäkringsbolaget har rätt att säga upp försäkringen i förtid om försäkringstagaren eller försäkrad grovt åsidosatt sina förpliktelser mot försäkringsbolaget eller om det annars finns synnerliga skäl. Uppsägningen måste göras skriftligen med 14 dagars uppsägningstid räknat från den dag då försäkringsbolaget avsände den.

Uppsägningen skall ske utan oskäligt dröjsmål från det att bolaget fick kännedom om det förhållande som uppsägningen grundas på. Försäkringsbolaget har också rätt att säga upp försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång under vissa förutsättningar. Uppsägningen måste meddelas försäkringstagaren skriftligen senast en månad innan försäkringstiden löper ut och innehålla

anledning till uppsägning som utgör särskilda skäl att vägra försäkring, till exempel med hänvisning till risken för framtida försäkringsfall, befarad skada omfattning, den avsedda försäkringens art eller annan liknande omständighet. Har försäkringsbolaget vägrat att förnya försäkring skall talan avseende detta väckas inom sex månader det att försäkringsbolaget avsänt meddelande om sitt beslut. Väcks inte talan inom denna tid är rätten att föra talan förlorad.

8.3 Försäkrads utträde från försäkringen – enskild gruppmedlem och medförsäkrad

Försäkring för enskild gruppmedlem och dennes medförsäkrade upphör om gruppförsäkringen upphör eller om gruppmedlemmen lämnar gruppen på grund av:

- Gruppmedlem uppbär pension
- Gruppmedlem fyller 67 år, vilket också är försäkringens slutålder.
- Gruppmedlem avlider

Försäkring för Medförsäkrad barn upphört när barnet fyller 25 år eller om gruppmedlems försäkring upphör dessförinnan. Försäkring för medförsäkrad vuxen upphör innan ovanstående om medförsäkrad själv uppbär pension, fyller 67 år eller avlider.

8.4 Försäkringsprodukten upphör

Bolaget kan upphöra med eller dra in en försäkringsprodukt med 3 månaders varsel före försäkringens huvudförfallodag, och erbjuda den försäkrade en motsvarande försäkringslösning.

9. Efterskydd och fortsättningsförsäkring

9.1 Efterskydd

Om enskild försäkring upphör på grund av att den försäkrade lämnar gruppen så gäller efterskydd under 3 månader från utträdet.

9.2 Fortsättningsförsäkring - Gruppmedlem

Försäkrad kan teckna fortsättningsförsäkring inom 3 månader efter att gruppförsäkringen har upphört på grund av uppsägning för gruppens eller Bolagets räkning eller bristande premiebetalning vid obligatorisk gruppförsäkring.

9.3 Längsta giltighetstid

Fortsättningsförsäkringen är en individuell försäkring med individuella villkor som gäller längst till 67 års ålder, om inte annan försäkring kan erbjudas av Bolaget.

9.4 När efterskydd eller fortsättningsförsäkring inte gäller

Efterskydd och rätt till fortsättningsförsäkring gäller inte i något fall om den försäkrade

- hade omfattats av försäkringen i kortare tid än 6 månader när den upphörde,
- har fått eller skulle kunna få jämförbar försäkring från annat håll,
- har uppnått viss ålder och försäkringen har upphört på grund av detta,
- själv har sagt upp sin försäkring.

9.5 Bortfall av efterskydd vid Gruppförsäkring

Efterskydd gäller inte i något fall om gruppen själva säger upp avtalet, om den försäkrade uppnår slutålder eller om den försäkrade bosätter sig utomlands eller tecknar en motsvarande försäkring på annat sätt.

B. Försäkringens omfattning - Allmänt

1. Allmänt

1.1 Vilken försäkring som den försäkrade omfattas av

Av försäkringsbrevet framgår vilken försäkringsomfattning den försäkrade omfattas av

- Sjukvårdsförsäkring Bas
- Sjukvårdsförsäkring
- Sjukvårdsförsäkring Plus

1.2 Godkännande

Alla kostnader ska godkännas i förväg av Bolaget och all vård måste vara planerad och förmedlad av Bolagets och försäkringens angivna vårdförmedling. Ersättningen begränsas till normala, sedvanliga, skäligen och nödvändiga kostnader i regionen eller landet där behandlingen ges.

1.3 Var försäkringen gäller

Försäkringen gäller för kostnader enligt respektive moments omfattning under förutsättning att dessa utförs av vårdgivare inom ramen för Bolagets vårdgivarnätverk

- Försäkringsomfattning Sjukvårdsförsäkring BAS omfattar planerad privat slutenvård i Sverige
- Försäkringsomfattning Sjukvårdsförsäkring och Sjukvårdsförsäkring PLUS omfattar planerad privatvård i Sverige och Norden.
- Försäkringsomfattning Sjukvårdsförsäkring PLUS kan i vissa särskilda situationer godkänna vård utanför Norden.

1.4 Auktoriserade vårdgivare och behandlingar

Läkare, specialister m.fl. 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 ersättas om de godkänns i förväg av Bolaget.

1.5 Vad försäkringen gäller för

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för vård i syfte att förbättra den försäkrades medicinska tillstånd.

- Försäkringsomfattning Sjukvårdsförsäkring BAS omfattar kostnader för vårdtjänster inom ramen för slutna vård, kirurgi, operation samt efterföljande behandling. Sjukvårdsförsäkring BAS gäller inte för privat hälso- och sjukvård som utgör den första vårdnivån och som omfattar medicinsk utredning, behandling, undersökning eller omvårdnad.
- Försäkringsomfattning Sjukvårdsförsäkring och Sjukvårdsförsäkring PLUS omfattar kostnader för vårdtjänster inom ramen för planerad privatvård enligt respektive moment. Konsultationer och förberedande undersökningar ersätts endast om de anses relevanta för att få klarhet i om den försäkrade har en sjukdom eller för att kontrollera utförd behandling. Behandling av besvär, där läkare bedömer att åkommorna inte är behandlingsbara och/eller behandlingen inte leder till bättring ersätts inte. Inte heller akut eller förebyggande vård omfattas. Ersättning lämnas i rimlig och nödvändig omfattning i enlighet med bestämmelserna för varje gällande försäkringsmoment i förening med de gemensamma bestämmelserna, begränsningarna och dessa villkor i övrigt.

1.6 Självrisk

Om försäkringen gäller med självrisk så står den försäkrade vid varje skadefall för den självrisk som anges i försäkringsbeskedet. Självrisk skall betalas av den försäkrade, direkt till vårdgivaren, vid varje vårdbesök. Det totala självriskebeloppet anges i försäkringsbeskedet. Vald självrisk gäller till årsförnyelsedagen. Byte av självriskens storlek ska ske tidigast tre månader före och senast två veckor innan årsförnyelsedagen. Oavsett den avtalade självriskens storlek gäller försäkringen alltid med en förhöjd självrisk om 2 000 kr vid nedanstående åkommor;

- Kontroll och undersökning av hudförändring, keratos eller andra hudåkommor. Om laboratorieundersökning Villkor Sjukvårdsförsäkring, sida 8 av 16 objektivt påvisar malign tumör återbetalas självrisken motsvarande till ordinarie självrisk.

1.7 Ansvarstid

Ansvarstiden för varje skadefall löper fram till försäkringens upphörande. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också rätten till behandling och ersättning.

1.8 Tidigare försäkringsbolags ansvar

Om försäkringstagaren, försäkrade eller gruppföreträdaren själv har flyttat sin eller gruppens motsvarande privatvårdsförsäkring från annat försäkringsbolag, ersätts inte skador som det tidigare försäkringsbolaget har ersatt, om inte särskilt avtal om att ta över försäkringsansvar finns. Pågående skador ska slutregleras av tidigare försäkringsbolag innan flytt sker, om inte annat avtalas med Bolaget.

Om Bolaget tar över försäkringsansvaret eller tillgodoser försäkringstid hos tidigare försäkringsgivare framgår detta av försäkringsbrevet.

C. Försäkringens omfattning – Ersättningsmoment

Vardia sjukvårdsförsäkring	Sjukvårdsförsäkring Bas	Sjukvårdsförsäkring	Sjukvårdsförsäkring Plus
Sjukvårdsrådgivning och vårdplanering i samband med öppen vård	Nej	Ja	Ja
Sjukvårdsrådgivning och vårdplanering i samband med sluten vård	Ja	Ja	Ja
Vårdcoach	Ja	Ja	Ja
Privat operation och sjukhusvård	Ja	Ja	Ja
Privat Specialistvård	Nej	Ja	Ja
Bilddiagnostik och provtagning	Nej	Ja	Ja
Second Opinion	Ja	Ja	Ja
Third Opinion	Ja	Ja	Ja
Tandvårdskostnader pga sjukdom eller medicin	Ja, upp till 10 000 kr	Ja, upp till 25 000 kr	Ja, upp till 40 000 kr
Resor & Logi i samband med ersättningsbar vård	Ja, mer än 10 mil	Ja, mer än 10 mil	Ja, mer än 10 mil
Eftervård & Rehabilitering	Ja, 21 dgr	Ja, 60 dgr	Ja, 120 dgr

Vardia sjukvårdsförsäkring	Sjukvårdsförsäkring Bas	Sjukvårdsförsäkring	Sjukvårdsförsäkring Plus
Kristerapi vid akut psykisk kris och krisreaktion	Ja, max 10 besök	Ja, max 10 besök	Ja, max 10 besök
Cancervård	Nej	Ja, efter remiss	Ja, efter remiss
Sjukgymnastik, naprapat och kiropraktör	Nej	Ja, max 10 besök	Ja, max 10 besök
Psykolog och Psykoterapeut	Nej	Ja, max 10 besök efter remiss	Ja, max 10 besök efter remiss
Hemhjälp/Familjeservice	Nej	Ja, max 10 tim	Ja, max 10 tim
Hjälpmiddel	Nej	Ja, upp till 40 000 kr	Ja, upp till 40 000 kr
Akupunktur	Nej	Nej	Ja, max 5 besök
Osteopat	Nej	Nej	Ja, max 15 besök
Dietist	Nej	Nej	Ja, max 5 besök
Receptbelagda läkemedel	Nej	Nej	Ja, under sjukhusvård
Missbruksavvänjning, vid företagsbetald försäkring för minst 10 anställda	Nej	Nej	Ja, upp till 140 000 kr

1. Sjukvårdsrådgivning

Försäkringen ger den försäkrade rätt till sjukvårdsrådgivning av legitimerade sjuksköterskor via telefon och e-post.

Sjukvårdsrådgivningen bedömer om vårdbehovet omfattas av försäkringen. För sjukvårdsförsäkring BAS gäller momentet endast för Sluten sjukhusvård

För Sjukvårdsförsäkring PLUS gäller att den försäkrade ges rådgivning även om vårdbehovet inte omfattas av försäkringen. Sjukvårdsrådgivningen omfattas också råd och hjälp för vård av försäkrades barn även om dessa inte har försäkring. Kostnaden för sådan vård betalas av den försäkrade. Akut vård eller vård i samband med smitta omfattas inte.

2. Vårdplanering

Den försäkrade har tillgång till vårdplanering och bokning av privat planerad vård för de vårdbehov som bedöms omfattas av försäkringen.

För sjukvårdsförsäkring BAS gäller momentet endast för Sluten sjukhusvård

3. Vårdcoach

Försäkringen ger den försäkrade rätt till en personlig kontaktperson/vårdcoach i samband med ersättningsbar operation och slutenvård. Ersättningstiden är maximalt 2 månad från inskrivningsdagen.

4. Privat Operation och sjukhusvård

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för operationsförberedande undersökning, operation och sjukhusvård hos vårdgivare som ingår i Bolagets nätverk eller, om annat sjukhus eller mottagning bedöms vara lämpligare, på den vårdinrättningen.

5. Privat Specialistvård

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för medicinsk utredning och behandling av specialistläkare, eller annan privat läkare, som anvisats av Bolaget. Vården skall i första hand utföras av en läkare på den försäkrades bostadsort i Sverige. Detta moment ingår inte i Sjukvårdsförsäkring BAS.

6. Bilddiagnostik och ytterligare provtagning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för röntgen, MR (bilddiagnostik) och ytterligare provtagning. Utredningen kan innehålla tester och provtagningar som är nödvändiga och relevanta för att fastställa en diagnos och ska i första hand utföras av en läkare på den försäkrades bostadsort i Sverige.

7. Cancer

Ersättning lämnas för kostnader för medicinskt nödvändig undersökning och behandling av cancersjukdomar på privat sjukhus eller annat sjukhus som är specialiserat inom cancervård inom Norden eller i Tyskland om vård inte kan erhållas inom offentlig vård inom den tid som undersökande läkare bedömer som nödvändig och om sjukdomstillståndet bedöms som livshotande. Ersättning lämnas för behandling av maligna cancersjukdomar, inklusive kirurgi och behandling med cytostatika och/eller strålbehandling. Behandlingen måste ske på remiss av specialist inom onkologi och vara godkänd av Bolaget i förväg.

Detta moment ingår inte i Sjukvårdsförsäkring BAS

8. Second opinion

Ersättning lämnas för "Second opinion" som, i nedan angivna fall, ger en försäkrad rätt till ytterligare en medicinsk bedömning av en specialist, som godkänns i förväg av bolaget.

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

9. Third opinion

Om specialistläkare efter en second opinion har olika uppfattning om vilken behandling som är lämpligast för den försäkrade, erbjuds bedömning av en tredje specialistläkare. Efter denna bedömning ersätts inte ytterligare bedömning av skadan.

10. Resor och logi

Ersättning kan lämnas för res- och logikostnader i samband med ersättningsbar operation och sjukhusvård enligt punkt C.4. eller för ersättningsbar och nödvändig medicinsk utredning för att fastställa en diagnos och som är nödvändig inför beslut om medicinsk behandling.

Ersättning för res- och logikostnader lämnas endast om avståndet mellan hemmet och platsen för behandling överstiger 10 mil samt om kostnaden överstiger 500 SEK. Alla ersättningsberättigade transportkostnader ska alltid godkännas i förväg av Bolaget.

11. Eftervård och rehabilitering

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för eftervård och rehabilitering i samband med ersättningsbar

operation eller sjukhusvård. Vården ska ges i direkt anslutning till och/eller av läkare rekommenderad period efter operation/sjukhusvården. Eftervården och rehabiliteringen ska vara ordinerad av läkare och ska, om det inte av behandlingsskäl är nödvändigt att fortsatt behandling sker på annan plats, i första hand förläggas till eller i närheten av den försäkrades hemort.

För sjukvårdsförsäkring BAS gäller en ersättningstid om längst 21 dagar i följd.

För Sjukvårdsförsäkring gäller en ersättningstid om längst 2 månader i följd.

För Sjukvårdsförsäkring PLUS gäller en ersättningstid om längst 4 månader i följd.

12. Sjukgymnastik, naprapat och kiropraktor

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader i samband med diagnostisering och behandling av led- muskel, och skelettbesvär som omfattas av försäkringen. Ersättning lämnas för upp till 10 behandlingar per skada. I särskilda fall kan försäkringsgivarens vårdplanering godkänna fler behandlingstillfällen om det finns medicinska underlag som styrker att fler behandlingar bidrar till den försäkrades tillfrisknande. Detta moment ingår inte i Sjukvårdsförsäkring BAS

13. Kristerapi

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för krisbehandling i samband med akut krisreaktion som uppstår på grund av

- nära anhörigs död (make/maka/sambo, registrerad partner samt den försäkrades barn), eller
- att försäkrade utsätts för polisanmäld överfall, rån eller våldtäkt
- sin egen allvarliga sjukdom eller olycksfallsskada.

Ersättning lämnas för upp till 10 behandlingar per skada och max upp till ett år efter inträffad orsak till krisreaktionen.

14. Psykolog och psykoterapeut

Ersättning lämnas för upp till 10 besök eller behandlingar per skada hos legitimerad psykolog eller psykoterapeut efter remiss från behandlande läkare.

Detta moment ingår inte i Sjukvårdsförsäkring BAS

15. Akupunktur

Ersättning lämnas för upp till 5 besök eller behandlingar per skada hos akupunktör efter remiss från behandlande läkare.

Detta moment ingår endast i Sjukvårdsförsäkring PLUS.

16. Osteopat

Ersättning lämnas för upp till 15 besök eller behandlingar per skadefall hos osteopat efter remiss från behandlande läkare. Detta moment ingår endast i Sjukvårdsförsäkring PLUS.

17. Dietist

Ersättning lämnas för upp till 5 besök eller behandlingar per försäkrad hos dietist efter remiss från behandlande läkare, under förutsättning att den försäkrades BMI överstiger 30. Detta moment ingår endast i Sjukvårdsförsäkring PLUS.

18. Hemhjälp/familjeservice

Efter att den försäkrade genomgått en ersättningsbar operation i slutenvård, kan den försäkrade få hemhjälp eller familjeservice. Hjälpen ska vara nödvändig och skälig till följd av besvär efter den genomgångna operationen. Hemhjälp ska utföras av servicegivare som Bolaget utser.

Detta moment ingår inte i Sjukvårdsförsäkring BAS.

För Sjukvårdsförsäkring gäller att hemhjälp kan beviljas med upp till 10 timmar.

För sjukvårdsförsäkring PLUS gäller att hemhjälp kan beviljas med upp till 20 timmar.

19. Receptbelagda läkemedel

Ersättning lämnas för receptbelagda offentligt subventionerade läkemedel upp till vid var tid gällande högkostnadsskydd. Ersättning gäller endast i samband med operation eller slutenvård.

Ersättning kan lämnas för kostnader för receptbelagda läkemedel som är offentligt subventionerade. Ersättning kan lämnas upp till vid var tid gällande högkostnadsskydd. Rätten till ersättning gäller endast i samband med ersättningsbar operation och sjukhusvård enligt punkt C.4. Ersättningstiden är maximalt 1 månad efter utskrivningsdagen.

Detta moment ingår endast i Sjukvårdsförsäkring PLUS

20. Hjälpmedel

Ersättning kan lämnas för kostnader för tekniska hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning eller lindring. Ersättning lämnas inte för hjälpmedel som är avsedda för stadigvarande bruk. Ersättning kan lämnas med upp till 40.000 SEK. Rätten till ersättning gäller endast i samband med ersättningsbar operation och sjukhusvård enligt punkt C.4.

Detta moment ingår inte i Sjukvårdsförsäkring BAS

21. Tandvårdskostnader

Om kroppslig sjukdom eller användning av mediciner har föranlett väsentliga tandskador, kan ersättning lämnas för

tandvårdskostnader. Annan odontologisk behandling ingår inte. Med befintlig åkomma enligt undantagen i detta villkor avses här även den sjukdom som till följd av medicinintaget föranlett tandskador.

För sjukvårdsförsäkring BAS gäller ett maximalt ersättningsbelopp om 1 000 kr per skadefall.

För Sjukvårdsförsäkring gäller ett maximalt ersättningsbelopp om 25 000 kr per skadefall.

För Sjukvårdsförsäkring PLUS gäller ett maximalt ersättningsbelopp om 40 000 kr per skadefall.

22. Missbruksavvänjning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för behandling av missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel vid högst 2 behandlingstillfällen och upp till en kostnad av 140.000 SEK för en enskild försäkrad under hela försäkringstiden. För att omfattas av förmånen ska behandlingen ske efter remiss från behandlande läkare. Missbruksavvänjning lämnas endast vid företagsbetald, obligatorisk försäkring där minimum 10 anställda är anslutna. Missbruksavvänjning ersätts inte i fortsättningsförsäkring, frivillig gruppförsäkring eller privat försäkring.

D. Vårdgaranti

1. Vårdgaranti - Operation

1.1 Inskrivning på sjukhus

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till inskrivning på privatsjukhus för operation eller sådan sjukhusvård som omfattas av denna försäkring inom 18 arbetsdagar från det att Bolaget har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation som utvisar ett sådant behov.

1.2 Flera inskrivningstillfällen

Om behandlingen består av flera planerade inskrivningar gäller vårdgarantin den första inskrivningen. Om en operation eller annan behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller att försäkrad inte accepterar tiden för inskrivning, gäller inte garantin. Garantin gäller den vård som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Sverige.

1.3 Ej uppfylld vårdgaranti

Om vårdgarantin för inskrivning inte uppfylls får den försäkrade 400 kronor per arbetsdag från och med den dag vårdgarantin inte uppfylls och till dess att inskrivning sker, dock inte längre än under 30 dagar.

2. Servicegaranti – Specialist (gäller ej Sjukvårdsförsäkring BAS)

2.1 Besök hos specialist

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till en första medicinsk rådgivning av specialist inom 8 arbetsdagar frändet att Bolagets vårdplanering har mottagit samtal från den försäkrade där behovet av en kontakt med specialist avtalas.

Om behandlingen består av flera planerade kontakter, gäller servicegarantin den första kontakten. Om en behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller om den försäkrade inte accepterar föreslagen tid, gäller inte servicegarantin.

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

2.2 Flera besök

Om behandlingen består av flera planerade besök hos specialistläkare gäller servicegarantin det första besöket. Om en behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller att försäkrad inte accepterar tiden för inskrivning, gäller inte servicegarantin.

2.3 Var garantin gäller

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

E. Begränsning i omfattning

1.1.1 Förebyggande vård, hospice eller liknande behandlingar som inte har till syfte att förbättra hälsotillståndet.

1.1.2 Akut vård

1.1.3 Experimentell vård, alternativ vård och behandling utförd av naturläkare eller homeopat samt behandling med naturmedicinska preparat.

1.1.4 Behandling och utredning av snarkning och sömnapné.

1.1.5 Behandling och utredning av elöverkänslighet

1.1.6 Fibromyalgi, myalgi, cervikalgi

1.1.7 Kroniska och ej behandlingsbara smärttillstånd

1.1.8 Behandling och utredning av åderbräck (varicer). Dock kan ersättning lämnas för operation om remiss finns och väntetiden i den allmänna vården överstiger den statliga vårdgarantin.

1.1.9 Behandling av besvär, där läkare bedömer att åkomsten inte är behandlingsbar och/eller behandling inte leder till bättring.

1.1.10 Medfödda sjukdomar, handikapp eller besvär.

1. Undantagna åkommor

Om inte annat framgår av försäkringsbeskedet, och utöver vad som framgår av försäkringsvillkoret, gäller försäkringen inte för kostnader som avser:

1.1 Förebyggande vård

Förebyggande vård, hospice eller liknande behandlingar som inte har till syfte att förbättra hälsotillståndet.

1.2 Akut vård

1.3 Experimentell vård Akutvård med mera

Experimentell vård, alternativ vård och behandling utförd av naturläkare eller homeopat samt behandling med naturmedicinska preparat.

1.4 Snarkning

Behandling och utredning av snarkning och sömnapné.

1.5 Åderbråck/varicer

Behandling och utredning av åderbråck (varicer). Dock kan ersättning lämnas för operation om remiss finns och väntetiden i den allmänna vården överstiger den statliga vårdgarantin.

1.6 Ej behandlingsbar åkomma

Behandling av besvär, där läkare bedömer att sjukdomen, skadan eller besväret inte är behandlingsbar, eller där försäkrads åkomma kräver livslång behandling. Dock ingår behandling fram till dess att en kronisk sjukdom eller skada blir diagnostiserad.

1.7 Medfödda sjukdomar

Medfödda sjukdomar, handikapp eller besvär.

1.8 Myalgier och elöverkänslighet

Behandling och utredning av elöverkänslighet, fibromyalgi, myalgi och cervikalgi

1.9 Kroniska och ej behandlingsbara smärttillstånd

1.10 Organtransplantation

Organtransplantationer och behandling i samband med detta, samt följer därav. Villkor Sjukvårdsförsäkring, sida 12 av 16

1.11 Tänder med mera

Behandling av tänder, tandsjukdomar, bettskada eller annan tandskada.

1.12 Havandeskap med mera

Preventivmedel, behandling av komplikationer och kontroller under eller i samband med familjeplanering, graviditet, förlossning, abort eller fertilitetsundersökning och behandling av infertilitet och sexuell dysfunktion, sterilisering och utförande av eller behandling i samband med könsbyte

1.13 Vaccination, syntest med mera

Vaccination/vaccin, syntest, glasögon och linser, hörselhjälpmedel.

1.14 Korrigering av brytningsfel

Operativa ingrepp och laserkirurgi i syfte att korrigera brytningsfel i ögat.

1.15 Kosmetisk behandling

Kosmetiska behandlingar och operationer eller följer därav, såvida inte dessa är en följd av en ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada som medför behov av rekonstruktiv kirurgi.

1.16 Övervikt

Kontroll, behandling och operationer av övervikt, eller följsjukdomar som har ett konstaterat medicinskt samband med den försäkrades övervikt, samt kontroll och behandling i samband med diet och viktreglering. Med övervikt menas att den försäkrade har ett BMI över 30.

1.17 Äldreomsorg

Demenssjukdomar och äldreomsorg i form av vård och omsorg som syftar till att tillhandahålla personer boende, hjälpmedel och personlig omvårdnad till följd av besvär hänförliga till ålder.

1.18 Uteblivet besök

Ett avtalat besök, behandling eller operation på en mottagning, sjukhus eller klinik där den försäkrade uteblivit eller avbokning sker efter det att avbokningsfristen har gått ut. Kostnaden debiteras då den försäkrade.

1.19 Intyg

Läkarintyg eller hälsointyg.

1.20 Skada inträffad under inverkan av berusningsmedel

Sjukdom eller olycksfallsskada till följd av att den försäkrade nyttjat alkohol, andra berusningsmedel, sömnmedel eller narkotiska preparat. Gäller ej moment för missbruksavvänjning

1.21 Smitta med mera

HIV, veneriska sjukdomar och sjukdom som omfattas av smittskyddslagen (2004:168).

2. Befintlig åkomma

2.1 Befintlig åkomma

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

2.2 Behandlings- och symptomfri

En befintlig åkomma kan räknas som ett nytt försäkringsfall, och omfattas därmed av försäkringen, om den försäkrade har varit symptom-, behandlings- och medicineringsfri under en sammanhängande period om mer än 24 månader sedan den befintliga åkomsten senast visade symptom, var föremål för behandling, medicinering eller kontroll eller undersökning.

3. Karenstid för psykiska besvär

Om försäkrad inom 6 månader från ikraftträdandet av försäkringen eller sedan sjukvårdsförsäkringen senast återupptogs, drabbas eller har symptom av psykisk åkomma (såsom exempelvis depression, ångest, stress, utmattningsrelaterade besvär eller andra psykiska besvär) lämnar försäkringen inte någon ersättning.

4. Sport och idrott

Försäkringen ersätter inte kostnad i samband med skadeföljd 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 med slag/ sparkar.

5. Brottslig handling

Försäkringen gäller inte för åkomma som har uppkommit i samband med att den försäkrade har utfört eller medverkat till en brottslig handling som enligt svensk lag kan medföra fängelsestraff.

6. Framkallande av skadefall

6.1 Uppsåt

Försäkringen gäller inte för åkomma som har framkallats av den försäkrade själv med uppsåt.

6.2 Grov vårdslöshet

Om den försäkrade själv genom grov vårdslöshet har framkallat en åkomma eller förvärrat följderna därav så får ersättningen från försäkringen reduceras i den omfattning som är skälig med hänsyn till den försäkrades förhållanden och omständigheterna i övrigt. Detsamma gäller om det måste antas att den försäkrade har agerat eller underlåtit att agera med insikt om att detta innebar en betydande risk för åkomma.

6.3 Omyndig eller psykiskt störd

Begränsningarna för medvållande ovan gäller inte om den försäkrade var omyndig eller led av en allvarlig psykisk störning vid

tidpunkten för medvållandet eller underlåtenheten.

7. Myndighetsåtgärd

Försäkringen gäller inte för katastrofer, epidemier eller kollektiv sjukdomssmita där myndigheterna leder insatserna för de drabbade.

8. Krig eller politiska oroligheter

8.1 Deltagande i krig med mera

Försäkringen gäller inte för åkomma som uppkommer i samband med att den försäkrade deltar i, eller närvarar vid, väpnad konflikt eller krigsliknande politiska oroligheter i Sverige eller utomlands.

8.2 Utbrytande av krig med mera

Om väpnad konflikt eller krigsliknande politiska oroligheter bryter ut där den försäkrade vistas utanför Sverige så gäller begränsningen ovan inte under de 3 första månaderna efter utbrottet, förutsatt att den försäkrade inte är verksam som rapportör eller liknande.

9. Atomkärnreaktion

Försäkringen gäller inte för åkomma som har uppstått i samband med atomkärnreaktion eller radioaktivt nedfall.

10. Terrorhandling

10.1 Terrorhandling - Biologiska eller kemiska ämnen, kärnavfall med mera

Försäkringen gäller inte för rehabiliterings- och behandlingsansvar som orsakats av eller står i samband med eller annars är en följd av en terrorhandling. Undantaget avser även spridning eller användning av biologiska eller kemiska ämnen eller kärnämnen, kärnavfall eller andra ämnen med skadlig strålning i samband med eller som följd av terrorhandling.

10.2 Terrorhandling – Definition

Med terrorhandling avses en skadebringande handling som är straffbelagd där den begås eller där skadan uppstår, och som framstår att vara utförd i syfte att:

- allvarligt skrämma en befolkning, otillbörligen tvinga offentliga organ eller en internationell organisation att föra, eller avstå från att genomföra en viss åtgärd, eller
- allvarligt destabilisera eller förstöra de grundläggande politiska, konstitutionella, ekonomiska eller sociala strukturerna i ett land eller i en internationell organisation.

11. Force Majeure

Bolaget är inte ansvarigt för förlust som kan uppstå om skadeutredning, utbetalning av ersättning eller behandling av skadad person fördröjs på grund av krig, krigsliknande händelse, inbördeskrig, revolution eller uppror eller på grund av

arbetsmarknadskonflikt, strejk, lockout, blockad eller liknande händelser, konfiskation eller nationalisering, myndighets åtgärder, naturkatastrof eller skada på person och egendom genom order från regering eller myndighet.

F. Åtgärder vid skada

1. Anmälan av skadefall

1.1 Anmälan till Bolaget

Vid ett ersättningsberättigat skadefall kan den försäkrade kontakta Försäkringsgivarens vårdplanering alternativt uppsöka offentlig vård. Anmälan skall göras snarast möjligt. Det är av försäkringsgivarens utsedd skadereglering/Vårdplanering som bedömer om skadan omfattas av försäkringsvillkoret och kan ge rätt till planerad privatvård inom ramen för försäkringens ersättningsregler. Den försäkrade är skyldig att tillse att Bolaget får de upplysningar och intyg som bedöms nödvändiga för att utreda rätt ersättning, till exempel om det är oklart om skadan inträffat innan försäkringen tecknades.

Om Bolaget begär, ska den försäkrade tillse att bolaget får tillgång till nödvändiga uppgifter, såsom läkarintyg och övriga handlingar som är av betydelse för att fastställa rätt till ersättning. Kostnader för läkarintyg ersätts av Bolaget.

Om den försäkrade motsätter sig ovanstående kan den ersättning som annars skulle ha betalats ut sättas ned efter vad som är rimligt med hänsyn till omständigheterna. Vid skadefall ska den försäkrade och/eller försäkringstagaren göra en anmälan per telefon till Bolagets vårdplaneringsnummer enligt regler som gäller för det försäkringsmoment som ingår i försäkringsavtalet. Vid bokad behandling ska den försäkrade alltid och utan dröjsmål göra en skriftlig skadeanmälan till Bolaget. Om Bolaget bedömer att skadan inträffat innan försäkringens tecknande kan Bolaget innan godkännande av skadefallet, kräva att den försäkrade fyller i skadeanmälan med uppgifter kring sjukdomshistorik innan beslut kring vidare ersättning kan fastställas.

1.3 Inhämtande av upplysningar

Medgivande för Bolaget att för bedömning av försäkrads rätt till ersättning och försäkringens giltighet inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, arbetsgivare, gruppföreträdare, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning ska lämnas om Bolaget begär det.

1.4 Privat vård

Av ersättningsmomenten i avsnittet C ovan, framgår att Bolagets sjukvårdsservice ska förmedla privat vård.

1.5 Offentlig vård

Av ersättningsmomenten framgår att Bolaget kan godkänna att

försäkrad nyttjar offentlig vård i stället för privat vård. Villkor Sjukvårdsförsäkring, sida 14 av 16

2. Tidpunkt för utbetalning av ersättning

Bolaget ska betala försäkringsersättning senast 1 månad efter det att rätten till ersättning inträtt och den som gör anspråk på ersättning fullgjort vad som krävs i avsnittet G 1 Anmälan av skadefall. Bolaget ska betala ränta enligt 6 § i räntelagen (1975:635) om betalning inte sker i tid.

G. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

1. Oriktiga uppgifter

Om försäkringstagaren eller den försäkrade har lämnat någon oriktig eller ofullständig uppgift gäller vad som för sådant fall stadgas i försäkringsavtalslagen (2005:104).

2. Påföljd vid oriktiga uppgifter

Bestämmelserna i försäkringsavtalslagen innebär att försäkringen kan vara ogiltig eller att försäkringen kan sägas upp eller ändras samt att försäkringsersättningen kan reduceras eller helt utebli.

H. Om du inte är nöjd

1. Bolagets försäkringsnämnd

1.1 Försäkringsnämnd

Om den som har framställt ett ersättningsanspråk inte skulle vara nöjd med Bolagets beslut, så kan ärendet prövas i Bolagets försäkringsnämnd, om sådan begäran görs inom 6 månader efter beslutet.

1.2 Omprövning hos Gjensidige

Prövningen är kostnadsfri för försäkringstagaren och den försäkrade.

Om du vill få ditt ärende omprövat ska du i första hand vända dig till din handläggare genom att skriftligen med angivet ärendenummer 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 ändå inte är nöjd, ta kontakt med skadereglerarens närmste chef.

I andra hand har du möjlighet att få ditt ärende prövat av Gjensidiges kundombudsman. Kundombudsmannen fungerar som en fristående part vid omprövning av ärenden. Begäran ska göras senast ett år från det att du fick ta del av vårt slutgiltiga ställningstagande. Formuläret finner du på Gjensidiges hemsida: www.gjensidige.se

2. Allmänna nämnder

2.1 Allmänna nämnder

Ersättningsfrågor och eventuella försäkringstvister kan prövas av följande allmänna nämnder:

Allmänna Reklamationsnämnden

Box 174
101 23 STOCKHOLM
Tfn: 08-508 860 00
www.arn.se

Personförsäkringsnämnden

Box 24067
104 50 STOCKHOLM
Tfn: 08-522 787 20
www.forsakringsnamnder.se

2.2 Anmälan till nämnd

Om frågan avser en medicinsk bedömningsfråga ska ärendet i första hand prövas av Personförsäkringsnämnden. Nämnderna kan avvisa vissa typer av ärenden. Anmälan till Allmänna reklamationsnämnden måste ske inom 6 månader efter att Bolaget har meddelat sitt slutliga beslut i ärendet.

3. Allmän domstol

Försäkringstvister kan alltid prövas i allmän domstol med tingsrätt som första instans. Enligt försäkringsavtalslagen (2005:104,) preskriberas rätten att väcka talan efter viss tid, dock tidigast 3 år efter skadefallets inträffande.

4. Oberoende rådgivning

Om du önskar oberoende rådgivning om allmänna försäkringsfrågor kan du kontakta Konsumenternas försäkringsbyrå:

Konsumenternas Försäkringsbyrå

Box 24215
104 51 Stockholm
Tfn: 08-22 58 00
www.konsumenternasfosakringsbyra.se

I. Personuppgifter

1. Sekretess

All personal hos Bolaget och eventuella samarbetspartners arbetar under sekretess som innebär att dina uppgifter inte obehörigen kommer att röjas för någon utomstående. Vårdgivarna omfattas av sjukvårdens patientsekretess.

2. Personuppgiftslagen

2.1 Behandling av personuppgifter

Alla uppgifter om försäkrade behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att kunna administrera försäkringsavtalet, bedriva produktutveckling, skadeförebyggande forskning och upprätta försäkringsstatistik. Uppgifterna kan även användas för marknadsföringsändamål inom Gjensidige koncernen. Uppgifterna erhålls huvudsakligen från dig som försäkringstagare men kan kompletteras med uppgifter från offentliga register. Vissa uppgifter kan komma att lämnas vidare till andra företag och samarbetspartners, exempelvis för skadereglering. Uppgifter som inte längre behövs raderas. I de fall vi har upplysningsskyldighet gentemot myndighet kommer vi att lämna ut de uppgifter myndigheten begär.

Försäkrad som önskar upplysning om vilka personuppgifter som finns angående henne eller honom kan via vår hemsida www.gjensidige.se skicka in en begäran om information till vår kundtjänst. Klicka på "Kontakta oss" och följ anvisningarna. Du kan också skriva till oss på adress: Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, Box 3031, 103 61 Stockholm. Detsamma gäller om du vill begära rättelse av felaktig eller missvisande uppgift.

2.2 Tidsrymd

Personuppgifter kan komma att behandlas under viss tid efter att försäkringen har avslutats eller om försäkringen inte beviljas.

J. Begreppsförklaringar

Akut Vård

Med akut vård avses sådan vård som kräver omgående tillsyn av läkare. Det kan också vara vård hos sjukgymnast eller annan vårdgivare och den försäkrade bedöms ha ett omgående vårdbehov som inte kan vänta tills tid finns hos en privat vårdgivare inom ramen för Bolagets vårdgivarnätverk.

Ansvarstid

Ansvarstid avser den tid under vilken försäkringen lämnar ersättning för godkänt skadefall.

Avbokning av vård

Avbokning av vård eller behandling ska göras senast klockan 15.00 vardagen innan besöket. Vid senare avbokning debiteras den försäkrade för hela kostnaden.

Behandlings- och symptomfri

Behandlings- och symptomfri avser att den försäkrade inte behöver vård, medicinering, behandling eller genomgå kontroller på grund av åkomma. Försäkrad som har tid utsatt hos vårdgivare för återbesök eller kontroll till följd av åkomma anses inte i något fall vara behandlings- och symptomfri.

Bilddiagnostik

Bilddiagnostik avser undersökningar som används för att skapa bilder på en känd eller okänd medicinsk indikation. Det inbegriper bland annat tekniker som magnetrontgen, ultraljud, mammografi, angiografi, endoskopi med flera.

BMI

BMI är förkortning för "Body Mass Index". BMI räknas ut genom att dividera en persons vikt i kilogram med personens längd i meter upphöjt till två. Exempelvis är BMI för en man som väger 80 kg och är 1,80 m lång: $80 / (1.80 \times 1.80) = 24.7$.

Fullt arbetsför

Fullt arbetsför avser att den som ska försäkras inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.

Fysisk sjukdom

Fysisk sjukdom avser sjukdom av somatisk (icke-psykisk) karaktär.

Försäkringsfall

Försäkringsfall avser varje nytt insjuknandetillfälle.

Försäkringstid

Försäkringstid avser den tid som försäkringen är i kraft och gällande.

Norden

Norden avser Sverige, Norge (utom Spetsbergen), Finland, Island och Danmark (utom Grönland och Färöarna). Offentlig vård
Offentlig vård avser sådan vård där behandlingskostnaden subventioneras med offentliga medel.

Olycksfallsskada

Olycksfallsskada avser kroppsskada som ofrivilligt drabbat den försäkrade genom plötslig yttre händelse.

Privatvård

Privatvård avser sådan vård som inte finansieras med offentliga medel.

Professionell idrott

Professionell idrott – se F 4.

Sjukdom

Sjukdom avser en sådan försämring av hälsotillståndet som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt definitionen av olycksfallsskada. Med sjukdom avses inte frivilligt orsakad kroppsskada.

Sjukperiod

Sjukperiod avser den tid som den försäkrade är arbetsförmögen utan avbrott.

Skadefall

Skadefall avser att den försäkrade drabbas av åkomma som ger rätt till ersättning, vård eller rådgivning.

Slutenvård

Slutenvård avser sjukvård som kräver sängplats med en eller flera övernattningsnätter.

Vård

Vård avser medicinsk åtgärd som innefattar utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad.

Åkomma

Åkomma avser bland annat sjukdom, kroppsskada, kroppsfel, smitta, arbetsförmåga, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning samt andra hälsobesvär.

Äldreomsorg

Avser hjälp åt gamla i syfte att bereda ekonomisk trygghet, goda bostäder och personlig omvårdnad, till exempel hemhjälp, hemsamarit, hemsjukvård samt vård på ålderdomshem eller motsvarande.

Öppenvård

Öppenvård avser sjukvård som inte kräver sängplats med övernattningsnätter.

Gjensidige Försäkring

Postadress:

Gjensidige Försäkring

Box 3031

103 61 Stockholm

Telefon 0771-326 326

E-post info@gjensidige.se

En svensk filial till:

Gjensidige Forsikring ASA

Org.nr 995 568 217

Postadress:

Postboks 700 Sentrum, 0105 Oslo