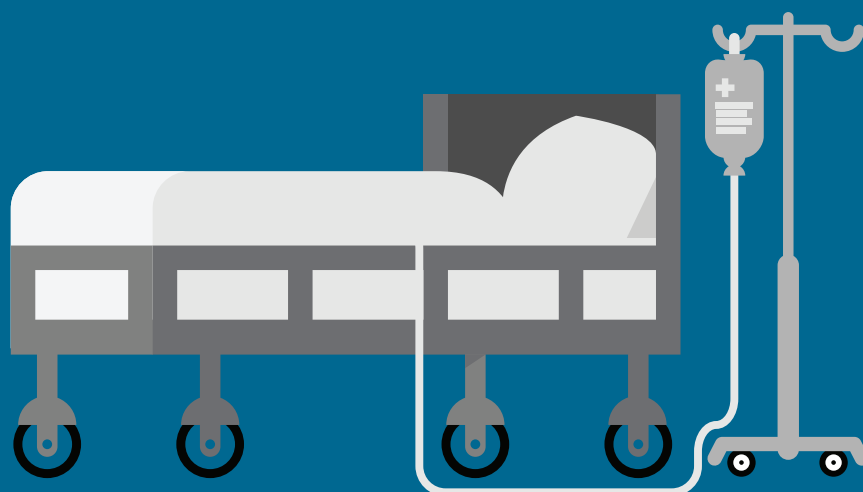




Gjensidige

Personförsäkring företag

Villkor: 3100001



Giltigt från 2020-10-01

Innehållsförteckning

A. Försäkringsavtalet	3	F. Gemensamma begränsningar	16
B. Grupplivförsäkring	6	G. Hantering av personuppgifter	18
C. Gruppolycksfallsförsäkring	7	H. GSR	19
D. Allvarlig sjukdom	12	I. Omprövning, överprövning och klagomål	19
E. Gemensamma bestämmelser	15	J. Kontaktuppgifter	19

Kontakta Gjensidige försäkring

Kundtjänst

Telefon 0771-326 326

Email foretag@gjensidige.se

Försäkringsvillkor 3100001

Personförsäkring företag

Villkor: 3100001

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. Allmän beskrivning

Försäkringsavtalet är det avtal som reglerar innehållet i en försäkring. Försäkringsavtalet ingås mellan försäkringsgivaren och försäkringstagaren. Övriga parter i ett försäkringsavtal kan vara försäkrad och förmånstagare.

2. Avtalsparter

Försäkringsgivaren är Knif Trygghet Forsikring AS, org. nr. 991 206 825 som företräds i Sverige av Nordeuropa Försäkring AB, org nr 556632-6657. Nordeuropa Försäkring AB står under tillsyn av Finansinspektionen.

Försäkringstagaren är den som ingår eller anses ingå försäkringsavtal med Knif. Försäkringstagaren är ägare av den försäkring som avtalet avser.

3. Övriga parter

Försäkrad är den på vars liv eller hälsa försäkringen gäller.

Förmånstagare är den som på grund av ett förmånstagarförordnande har rätt att få försäkringen eller ersättningen som utfaller från den vid en viss i förväg bestämd händelse.

Grupp företrädare är den som vid obligatorisk grupp försäkring företräder gruppen.

4. Skattekategori

Grupp försäkringarna har skattekategori K.

5. Rätten till försäkring

Rätten att teckna försäkring följer av gruppavtalet och försäkringsgivarens vid varje tidpunkt gällande regler för nyteckning och riskbedömning.

6. Riktiga uppgifter

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren och den försäkrade lämnar till försäkringsgivaren direkt eller via ombud. Försäkringstagaren

ansvarar för att de uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren via ombud är riktiga.

Försäkringstagaren och den försäkrade ska på begäran lämna de uppgifter som behövs för att bedöma om försäkring ska meddelas, utvidgas, vidmakthållas eller förnyas. Under försäkringstiden ska försäkringstagaren och/eller den försäkrade anmäla förändringar som har betydelse för försäkringens giltighet och omfattning.

För att ha rätt att teckna försäkring gäller alltid, utöver vad som anges i gruppavtalet och reglerna för nyteckning och riskbedömning, att den vars liv eller hälsa försäkringen avses gälla ska vara:

- fullt arbetsför,
- inskriven i svensk försäkringskassa, och
- folkbokförd i Sverige vid tiden för ansökan eller anslutning.

Medförsäkrad kan endast ansöka om försäkring om gruppmedlemmen omfattas av någon förmån i grupp försäkringen.

7. Avtalsinnehåll

För denna grupp försäkring gäller vad som anges i gruppavtalet och dessa villkor i förening med ansöknings- och riskbedömningshandlingarna, försäkringsbeskedet, Försäkringsavtalslagen och gällande rätt i övrigt.

8. Försäkringstiden

Om gruppmedlemmarna automatiskt ansluts till försäkringen direkt på grund av gruppavtalet (obligatorisk grupp försäkring), eller genom att inte avböja försäkring, börjar försäkringen gälla för de gruppmedlemmar som uppfyller anslutningsvillkoren när gruppavtalet börjar gälla.

Gruppmedlemmar som inträder i gruppen efter att gruppavtalet har börjat gälla, ansluts till försäkringen vid inträdet, om alla anslutningsvillkor då är uppfyllda. Gruppmedlemmar som inte uppfyller anslutningsvillkoren när gruppavtalet börjar gälla eller vid ett senare inträde i gruppen, kan beviljas anslutning när alla anslutningsvillkor är uppfyllda.

Om försäkring meddelas efter egen ansökan (frivillig grupp försäkring), börjar försäkringsskyddet gälla tidigast dagen efter att försäkringstagaren ansökte om försäkringen, under förutsättning att den sökta försäkringen kan beviljas mot normal premie och utan förbehåll.

Om det framgår av ansökningshandlingarna eller försäkringsgivaren erbjudande om försäkring att försäkringen ska

träda ikraft först dagen efter att den första premien betalas, gäller detta istället för ovanstående.

Om försäkring endast kan beviljas mot förhöjd premie eller förbehåll, träder förmånen i kraft först sedan försäkringsgivaren erbjudit förmånen på dessa villkor och försäkringstagarens accept av erbjudandet inkommit till försäkringsgivaren.

Parterna kan komma överens om att försäkringen ska träda i kraft vid en annan tidpunkt än ovan.

Försäkringen gäller från och med ikraftträdandet för den enskilde försäkrade till utgången av den försäkringstid som anges i gruppavtalet. Om ingen försäkringstid anges i gruppavtalet, gäller försäkringen till närmast följande årsförfallodag eller, om ingen sådan anges i gruppavtalet, för ett år i taget.

Om försäkringen inte har sagts upp till utgången av försäkringstiden, förlängs försäkringen för ett år i taget.

9. Premien

Premien beräknas för ett år i taget och kan bestämmas bl a med hänsyn till försäkringens innehåll, gruppens sammansättning, ålder, yrke, arbetsuppgifter, övriga arbetsförhållanden, bosättningsförhållanden, skadeutfall i gruppen, gällande försäkringsbelopp och försäkringsgivarens premietariffer och riskbedömningsregler vid de tidpunkter då premien ska bestämmas.

Om den försäkrade ansluts till gruppförsäkringen eller någon del därav efter en individuell hälsoprövning, bestäms premien även med hänsyn till den försäkrades individuella förhållanden och försäkringsmässiga risk.

Premien kan betalas årsvis, halvårsvis, kvartalsvis eller månadsvis alltefter vad som har avtalats mellan parterna. Om inget särskilt har avtalats mellan parterna, ska premien betalas månadsvis.

10. Rätt tid för premiebetalning

Den första premien ska betalas inom 14 dagar från det att premiefakturan har avsänts till försäkringstagaren.

Fortsatta premiebetalningar ska ske senast på premieperiodens första dag.

Om premieperioden är längre än 1 månad kan fortsatta premiebetalningar ske inom 1 månad efter att en premiefaktura har avsänts till försäkringstagaren.

11. Dröjsmål med premien

Om försäkringen har beviljats med förbehåll att den träder ikraft först dagen efter att den första premien betalas och den första premien inte betalas i rätt tid, förfaller försäkringen utan att någonsin ha trätt ikraft. Om premien betalas för sent, träder försäkringen inte ikraft.

Om premien inte betalas i rätt tid i andra fall, får försäkringsgivaren säga upp försäkringen.

Uppsägningen ska ske skriftligt och den får verkan 14 dagar efter att den avsänts.

Om premien betalas innan 14 dagar har förflutit från det att uppsägningen avsändes, är uppsägningen utan verkan.

Försäkringen upphör att gälla för den försäkrade när uppsägningen får verkan.

12. Återupplivning efter premiedröjsmål

Om försäkringsgivaren sagt upp försäkringen på grund av dröjsmål med premiebetalningen (annan än den första), kan försäkringen återupplivas genom att alla utestående premier betalas innan tre månader har förflutit från det att uppsägningen fick verkan.

Försäkringen kan inte återupplivas om försäkringen har sagts upp på grund av dröjsmål med den första premiebetalningen.

Om försäkringen återupplivas, träder försäkringen åter ikraft dagen efter att de utestående premierna har betalats.

Återupplivning kan inte ske enbart för medförsäkrad.

Om gruppförsäkringen är en obligatorisk gruppförsäkring, kan återupplivning endast ske för hela gruppen.

Försäkringen gäller inte från och med den dag då uppsägningen fick verkan till den dag då försäkringen åter träder ikraft genom återupplivning. Försäkringsgivaren ansvarar inte för sjukdom, kroppsskada, arbetsoförmåga eller annat hälsobesvär som visar sig under en period då försäkringen är uppsagd eller för dödsfall som inträffar under en sådan period.

13. Uppsägning och upphörande

Den försäkrade får när som helst under försäkringstiden säga upp sin försäkring att upphöra omedelbart eller vid viss framtida tidpunkt. Om inte annat anges, får uppsägningen verkan dagen efter den kom fram till försäkringsgivaren. Vid obligatorisk gruppförsäkring jämställs en gruppmedlems anmälan om att

denne avstår från försäkringen i detta avseende med en uppsägning.

Redan inbetalda premier återbetalas till den del som avser tid efter det att uppsägningen får verkan.

Försäkringsgivaren får säga upp gruppavtalet till utgången försäkringstiden genom att skriftligt meddela eventuell gruppföreträdare och de berörda gruppmedlemmarna om uppsägningen.

Uppsägningen får verkan tidigast en månad efter avsändandet.

Om gruppföreträdaren säger upp gruppavtalet för gruppens räkning, upphör försäkringen att gälla för samtliga försäkringstagare och försäkrade vid den tidpunkt som anges i uppsägningen, dock tidigast en månad efter det att uppsägningen kom försäkringsgivaren till handa.

Utöver vad som anges i gruppavtalet, upphör rätten till försäkring alltid om:

- försäkrad gruppmedlem upphör att tillhöra gruppen,
- den försäkrade inte längre uppfyller de villkor för tillhörighet till försäkringen som kan anges i gruppavtalet eller dessa villkor, eller
- den försäkrade är försäkrad i egenskap av make, registrerad partner eller sambo till gruppmedlem och äktenskapet eller partnerskapet upplöses eller samboförhållandet upphör.

Gruppförsäkringen upphör att gälla i sin helhet när gruppmedlemmen uppnår slutåldern eller om gruppmedlemmen avlider. Gruppförsäkringen upphör i båda fallen att gälla även för medförsäkrade eller annan som omfattas av gruppförsäkringen på grund av särskild anknytning till gruppmedlemmen.

Om annat inte framgår under respektive förmån, är slutåldern utgången av den dag då den försäkrade fyller 67 år eller annan tidigare ålder som anges i gruppavtalet. Om en försäkrad har en lägre pensionsålder än 67 år upphör försäkringen när pensionsåldern uppnås.

14. Utvidgning av försäkringsskyddet

En försäkringstagare som önskar utvidga försäkringen för egen del eller för en medförsäkrad ska ansöka om utvidgning enligt de riskbedömningsregler som gäller vid tidpunkten för ansökan.

Försäkringen kan inte utvidgas, utökas eller höjas för en försäkrad eller medförsäkrad under tid som denne inte är fullt arbetsför. Försäkringen kan inte heller utvidgas, utökas eller höjas för en

försäkrad eller medförsäkrad under tid som gruppmedlemmen inte är fullt arbetsför.

15. Fortsättningsförsäkring

Om inget annat anges i gruppavtalet gäller följande: Om försäkringen upphör på grund av att gruppavtalet sägs upp av försäkringsgivaren eller för gruppens räkning eller den försäkrade upphör att tillhöra den försäkringsbara gruppen, kan den försäkrade teckna fortsättningsförsäkring i försäkringsgivaren under förutsättning att den försäkrade vid upphörandet hade omfattats av försäkringen i minst 6 månader och inte har fått, eller uppenbarligen kan få, motsvarande försäkring från annat håll.

Ansökan om fortsättningsförsäkring ska göras inom 3 månader från upphörandet. Om inte annat följer av gruppavtalet gäller dessa villkor även för fortsättningsförsäkringen, dock kan premiesättningen vara annorlunda. I en fortsättningsförsäkring ingår inte möjligheten till ytterligare fortsättningsförsäkring.

För medförsäkrad gäller särskilt att denna kan teckna fortsättningsförsäkring om gruppmedlem avlider, om äktenskap, registrerat partnerskap eller samboförhållande med gruppmedlem upphör eller om gruppmedlem uppnår försäkringens slutålder före den medförsäkrade. Medförsäkrad kan även teckna fortsättningsförsäkring om den försäkrade upphör att tillhöra gruppen, under förutsättning att den försäkrade samtidigt tecknar fortsättningsförsäkring hos försäkringsgivaren.

16. Efterskydd

Om försäkringen upphör på grund av att den försäkrade lämnar gruppen av annan anledning än att en viss ålder har uppnåtts, gäller försäkringsskyddet i ytterligare 3 månader under förutsättning att den försäkrade hade omfattats av försäkringen i minst 6 månader vid utträdet och inte har fått, eller uppenbarligen kan få, motsvarande försäkring på annat sätt. Efterskyddet gäller därför inte, om den försäkrade respektive den medförsäkrade kan teckna fortsättningsförsäkring hos försäkringsgivaren.

17. Begränsning i rätten till fortsättningsförsäkring och efterskydd

Rätten till fortsättningsförsäkring och efterskydd upphör när den försäkrade uppnår slutåldern eller om den försäkrade bosätter sig utomlands och inte längre omfattas av försäkringen enligt reglerna om vistelse utom Norden.

18. Ändring under försäkringstiden

Om inget annat anges i gruppavtalet står det försäkringsgivaren fritt att under försäkringstiden förändra premien och försäkringsvillkoren till varje årsförfallodag i enlighet med Försäkringsavtalslagen.

Förändringar ska meddelas skriftligt tidigast 6 och senast 1 månad före årsförfallodagen.

19. Förändringar i den försäkrades förhållanden

Försäkringen grundas på de förhållanden som den försäkrade uppger i samband med ansökan om försäkring, t.ex. yrke samt arbets- och bosättningsförhållanden.

Om något av ovanstående förhållanden ändras på ett sådant sätt att risken för försäkringsfall ökar i väsentlig utsträckning, ska den försäkrade utan dröjsmål anmäla de förändrade förhållandena till försäkringsgivaren. Anmälan ska göras senast vid den första premiebetalningen efter förändringen.

Om ingen anmälan sker, kan försäkringsgivarens ansvar för försäkringsfall som inträffar efter förändringen helt eller delvis begränsas enligt Försäkringsavtalslagen. Reglerna innebär att ersättningen kan sättas ned eller helt utebli.

Om förändringarna i den försäkrades förhållanden innebär att försäkringsgivaren skulle ha meddelat försäkring med andra villkor, annan premie eller att någon rätt till försäkring inte skulle ha förelegat om de förändrade förhållandena hade gällt redan när ansökan om försäkring gjordes, har försäkringsgivaren rätt att i motsvarande mån förändra försäkringsvillkoren och premien eller att säga upp försäkringen till utgången av aktuell premieperiod.

Om meddelandet om ändring eller uppsägning avsänds inom en kortare tid än en månad före utgången av premieperioden, gäller åtgärden istället från och med den dag då en månad har förflutit efter att meddelandet avsändes.

20. Förfogande över försäkringen

Försäkringen kan inte överlåtas eller pantsättas av försäkringstagaren eller den försäkrade. Ett förmånstagarförordnande får bara avse dödsfallsbelopp enligt grupplivförsäkringen.

Försäkringsskyddet för en enskild försäkrad kan inte överlåtas. Gruppavtalet kan överlåtas till den som har övertagit ansvaret för hela gruppen.

21. Konvertering av gruppförsäkring m.m.

Om anslutning till gruppförsäkringen vid försäkringsgivaren har skett genom konvertering från en annan försäkringsgivare, kan försäkringen hos försäkringsgivaren enligt gruppavtalet även gälla för sjukdom, kroppsskada eller annat hälsobesvär som visat sig under omedelbart sammanhängande försäkringstid hos den tidigare försäkringsgivaren.

Om den försäkrade anslutits till gruppförsäkringen genom en fullständig individuell hälsoprövning, gäller inte heller kravet på att sjukdom, kroppsskada eller annat hälsobesvär först ska ha visat sig under försäkringstiden hos försäkringsgivaren.

B. Grupplivförsäkring

1. Allmänna bestämmelser

Detta avsnitt gäller under förutsättning att gruppförsäkringen tecknats med Grupplivförsäkring.

Omfattningen framgår av försäkringsbeskedet.

Livförsäkringen gäller inte för dödsfall som beror på sjukdom, kroppsskada eller annat hälsobesvär som har visat symptom innan försäkringen trädde ikraft

2. Ersättning vid dödsfall

Om den försäkrade avlider under försäkringstiden, kan ersättning lämnas med ett dödsfallsbelopp som utgör en andel av det försäkringsbelopp för grupplivförsäkringen som framgår av försäkringsbeskedet.

Om inget särskilt förmånstagarförordnande har meddelats av den försäkrade och registrerats hos försäkringsgivaren före dödsfallet, tillfaller dödsfallsbeloppet i tur och ordning följande personer:

- den försäkrades make eller registrerad partner (förutsatt att ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av registrerat partnerskap inte var anhängig vid dödsfallet),
- den försäkrades sambo (under förutsättning att ingen av samborna är gift eller registrerad partner),
- den försäkrades arvingar enligt allmänna arvsordningen i 2 kap. Ärvdabalken. Med arvingar menas den försäkrades släktingar.

Om den försäkrade har meddelat försäkringsgivaren ett särskilt förmånstagarförordnande före dödsfallet, tillfaller dödsfallsbeloppet den eller de personer som anges i förmånstagarförordnandet. Om ett sådant förordnande inte kan verkställas, betalas dödsfallsbeloppet enligt det allmänna förmånstagarförordnandet ovan.

En förmånstagarare kan avstå från dödsfallsbeloppet, eller sin andel därav, genom ett skriftligt avstående utan villkor. Dödsfallsbeloppet, eller den andel därav, som skulle ha tillfallit den avstående förmånstagararen tillfaller då den förmånstagarare som står näst i tur på samma sätt som om den avstående förmånstagararen hade varit avliden.

C. Gruppolycksfallsförsäkring

1. Allmänna bestämmelser

Detta avsnitt gäller under förutsättning att gruppörsäkringen har tecknats med olycksfallsförsäkring.

Försäkringen gäller både under arbetstid och under fritid, om inget annat anges i gruppavtalet eller försäkringsbeskedet.

2. Olycksfallsskada

Med olycksfallsskada menas i dessa villkor en kroppsskada som den försäkrade drabbas av genom en plötslig, ofrivillig och utifrån kommande händelse som innebär ett våld mot kroppen och som uppstår vid en identifierbar tidpunkt och plats.

Med olycksfallsskada jämställs kroppsskada som har uppkommit genom förfrysning, värmeslag, solsting, vridvåld mot knä samt total hälseneruptur, bevisad borreliainfektion och TBE genom fästingbett.

Som olycksfallsskada räknas inte kroppsskada som har samband med:

- förslitning, överansträngning, ensidiga rörelser, åldersförändringar, eller
- smitta genom bakterie, virus eller annat smittämne, inte heller förgiftning genom mat eller dryck eller överkänslighetsreaktion, eller
- användning av medicinskt preparat, ingrepp, behandling eller undersökning.

För att ersättning ska kunna utbetalas från olycksfallsförsäkringen ska olycksfallsskadan inträffa när försäkringen är ikraft. Det ska även vara klart mer sannolikt att det besvär ersättningsanspråket avser har inträffat till följd av en händelse som omfattas av försäkringen än av något annat förhållande eller någon annan händelse. Det är mycket viktigt att den försäkrade vid sjukdom eller olycksfallsskada snarast uppsöker läkarvård för att försäkringsgivaren ska kunna fastställa ett sådant samband. Uppsöker inte den försäkrade läkarvård i anslutning till att sjukdomen visar sig eller skadan inträffar, kan det medföra att ersättning uteblir på grund av att ett tillräckligt starkt samband enligt ovan inte kan fastställas.

Den försäkrade har även en skyldighet att begränsa skadans omfattning. Det innebär bl.a. att den försäkrade vid behov ska uppsöka läkare, stå under fortlöpande läkartillsyn i den omfattning som rimligen kan krävas, iaktta läkares föreskrifter och följa försäkringsgivarens anvisningar.

Försäkringsgivaren kan även begära att den försäkrade inställer sig för undersökning av särskilt anvisad läkare. Sådant läkarundersökning bekostas av försäkringsgivaren.

För olycksfallsskador som inträffar i samband med arbetet eller färd till eller från arbetet eller annars i trafik gäller särskilda bestämmelser.

3. Konkurrerande skadeorsaker

Om följderna av en olycksfallsskada har förvärrats på grund av att den försäkrade före olycksfallet hade en sjukdom, kroppsskada, ett kroppsfel eller annat hälsobesvär, lämnas ingen ersättning för de följer eller den försämring av den försäkrades hälsotillstånd som kan hänföras till sådana tidigare hälsobesvär.

Om den försäkrades hälsotillstånd försämras efter olycksfallet på grund av andra omständigheter än olycksfallet, lämnas ingen ersättning för sådan försämring. Detta gäller bland annat sådana hälsobesvär som den försäkrade skulle ha haft även om olycksfallet inte hade inträffat.

Som olycksfallsskada räknas inte sådant tillstånd som, även om det konstaterats efter ett olycksfall, enligt medicinsk erfarenhet inte kan anses bero på olycksfall utan på sjukdom, kroppsfel, lyte, eller annat hälsobesvär.

4. Ersättningsposter

Olycksfallsförsäkringen kan omfatta följande ersättningsposter:

- Läkekostnader,
- Tandskadekostnader,
- Reskostnader,
- Kroppsskadeersättning,
- Merkostnader,
- Rehabiliterings- och hjälpmedelskostnader,
- Ersättning vid sjukhusvistelse,
- Krisförsäkring,
- Ersättning för medicinsk invaliditet,
- Ersättning för ekonomisk invaliditet,
- Ersättning för misspdydande ärr, och
- Dödsfallsersättning.

Vilka ersättningsposter som omfattas av olycksfallsförsäkringen framgår av försäkringsbeskedet eller gruppavtalet.

Ersättning för kostnader med anledning av olycksfall ersätts i den omfattning som framgår nedan och endast i den mån ersättning inte lämnas från annat håll, t ex allmän försäkring, enskild försäkring, kollektivavtalad försäkring eller enligt lag.

Om den försäkrade inte är inskriven i svensk allmän försäkringskassa vid tidpunkten för ett olycksfall som ersätts enligt dessa villkor, lämnas ersättning från olycksfallsförsäkringen i den omfattning som skulle ha lämnats om den försäkrade hade varit inskriven i försäkringskassa, dvs försäkringsgivaren övertar inte skyldigheten att ersätta sådana kostnader som skulle ha ersatts från annat håll, om den försäkrade hade tillhört svensk allmän försäkringskassa.

Om ett olycksfall inträffar under resa, ska kostnaderna i första hand ersättas av reseförsäkring eller ett särskilt resemoment i hemförsäkringen i den mån sådan försäkring finns.

När prisbasbelopp omnämns i detta avsnitt avses, om inget annat anges, det prisbasbelopp som gällde när olycksfallsskadan inträffade.

5. Samordning med gruppförsäkring för olycksfall och sjukdom

En person kan endast omfattas av antingen en gruppolycksfallsförsäkring enligt E eller en gruppförsäkring för sjukdom och olycksfall enligt F. Om en försäkrad ändå omfattas båda av dessa försäkringar, lämnas endast ersättning från den försäkring som har högst ersättningsbelopp.

6. Läkekostnader

Ersättning kan lämnas för skäligena och nödvändiga kostnader för läkarvård till följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen.

Ersättning kan även lämnas för skäligena och nödvändiga kostnader för vård av sjukgymnast, sjuksköterska eller liknande legitimerad vårdpersonal, om vården sker på remiss av läkare vars vård omfattas av försäkringen.

Ersättning kan även lämnas för skäligena kostnader för hjälpmedel som är nödvändiga för skadans läkning och som har föreskrivits av läkare vars vård omfattas av försäkringen.

Om vården äger rum i Sverige, lämnas ersättning endast för kostnader för vård som lämnas inom den allmänna sjukvården. Detta omfattar även läkare som enligt särskilt avtal utför vård på uppdrag av den allmänna sjukvården.

Vård i ett land utanför Sverige ersätts endast om olycksfallet inträffade i det landet. Om den försäkrade inte kan få vårdkostnader i utlandet ersatta av svensk försäkringskassa, lämnas ersättning från försäkringen endast i den omfattning som skulle ha lämnats om försäkringskassan hade lämnat ersättning för vården.

Privatoperation i Sverige eller utomlands och därmed sammanhängande kostnader ersätts inte av försäkringen.

Ersättning för läkekostnader lämnas i längst 3 år från olycksfallet. Om olycksfallet har medfört invaliditet, kan ersättning lämnas för läkekostnader tills dess att försäkringsgivaren har fastställt graden av invaliditet.

7. Tandskadekostnader

Ersättning kan lämnas för skäligena och nödvändiga tandvårdskostnader som har uppkommit till följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen.

Försäkringen omfattar inte tandskador som har uppkommit till följd av tuggning eller bitning.

Behandling av tandskador och kostnaderna därför måste godkännas av försäkringsgivaren innan behandlingen vidtas för att rätt till ersättning ska föreligga. Skäligena kostnader för nödvändig akutbehandling av tandskador ersätts även om försäkringsgivaren godkännande inte har hunnit inhämtas.

Om tandvården äger rum i Sverige, lämnas ersättning endast för tandvårdskostnader för tandvård som omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Implantatbehandling som inte omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen ersätts inte.

Om tandvården äger rum utanför Sverige, kan ersättning endast lämnas för tandvårdskostnader om olycksfallet inträffade i landet där behandlingen utförs. Ersättning lämnas inte utöver den omfattning som skulle ha ersatts om tandvården hade utförts i Sverige.

Försäkringen omfattar endast tandvårdskostnader för tandvård som utförs inom 3 år efter olycksfallsskadan.

8. Reskostnader

Ersättning kan lämnas för skäligena kostnader för resor inom Sverige som är nödvändiga i samband med vård som har föreskrivits av läkare för skadans läkning.

Ersättning för reskostnader i samband med vård lämnas i längst 3 år efter olycksfallsskadan. Om olycksfallsskadan medför invaliditet, ersätts reskostnader i samband med vård tills dess att invaliditeten har fastställts av försäkringsgivaren.

Ersättning kan även lämnas för skäligena kostnader för resor mellan bostad och ordinarie arbetsplats eller utbildningsinrättning i den mån som ett dyrare färdssätt än normalt är nödvändigt. Behovet av särskilda resor ska styrkas av läkare och ersättning lämnas inte

utöver det billigaste resättet som den försäkrades hälsotillstånd medger. Ersättning för sådana resor lämnas endast under 14 dagar efter olycksfallsskadan.

Försäkringen lämnar ersättning för reskostnader endast i den mån som den försäkrade inte har kunnat erhålla ersättning eller stöd från det allmänna, t ex Försäkringskassan.

Ersättning för reskostnader lämnas med sammanlagt högst 0,5 prisbasbelopp.

9. Kroppsskadeersättning

Leder olycksfallsskadan till vård av legitimerad läkare och minst åtta dagars akut sjuktid i en följd inom fem år från det att olycksfallet inträffade lämnas Kroppsskadeersättning. Ersättningen lämnas som ett engångsbelopp enligt följande:

Grupp 1 – Sårskada, blödning i vävnad (hematom), öronskada, ögonskada

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Grupp 2 – Fraktur på tår, fingrar, revben, nyckelben, näsben

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Grupp 3 – Övriga frakturer, senskador, ledbandskador, smitta som är en följd av insektsstick eller liknande:

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	5 000 kr

Grupp 4 – Brännskador från grad 2 och kylskador Mindre är 1 % av kroppsytan

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid	8 – 30 dagar	2 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr

Grupp 5 – Amputation och organförlust Förväntad invaliditet 1 – 5 %

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Förväntad invaliditet över 5 %

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	2 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr

Grupp 6 – Skallskador Lätt skallskada, till exempel hjärnskakning (commotio cerebri)

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Svårare skallskada, till exempel med inre blödning

Akut sjuktid	8 – 30 dagar	2 000 kr
Akut sjuktid	mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr

Grupp 7 – Mycket svåra skador

Förlamning av nedre kroppshalva (paraplegi)	25 000 kr
---	-----------

Extremt svåra skador till exempel

Förlamning av alla extremiteter (tetraplegi), bränn kylskada över 50 % av kroppsytan eller multipla skador av mycket stor omfattning 40 000 kronor

- En förutsättning är att varje kroppsskada var för sig medför minst åtta dagars akut sjuktid.
- För flera kroppsskador på samma kroppsdel lämnas endast ett belopp.
- Ersättning kan endast lämnas för en kroppsskada per grupp vid ett och samma olycksfall.
- Ersättning kan lämnas inom Grupp 1-7 för ett och samma olycksfall med flera (multipla) kroppsskador med högst 40 000 kronor.
- Ersättning ges endast på en försäkring, om fler finns. Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan ger rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund (exempelvis från trafik-, eller ansvarsförsäkringen) överfallsskydd, enligt lag eller annan författning, via kollektivavtal, eller om motsvarande ersättning lämnas från annan försäkring.

10. Merkostnader

Försäkringen kan lämna ersättning för skäliga merkostnader enligt skadeståndsrättsliga regler på grund av olycksfallsskada som omfattas av försäkringen.

De merkostnader som kan ersättas omfattar:

- skador på normalt burna kläder och normalt burna personliga tillhörigheter (t ex glasögon, armbandsur, slät vigselring och handväska); högst upp till ett sammanlagt belopp om 0,5 prisbasbelopp; och
- skäliga och oundvikliga merkostnader som har uppkommit som en direkt följd av olycksfallsskadan under den akuta sjuktiden till ett högsta sammanlagt belopp om 3 prisbasbelopp.

Försäkringen ersätter endast merkostnader som den försäkrade drabbas av i egenskap av privatperson. Merkostnader i yrkes- eller näringsverksamhet ersätts inte.

11. Rehabiliterings- och hjälpmedelskostnader

Ersättning kan lämnas för skäliga och nödvändiga kostnader för rehabilitering och hjälpmedel som under försäkringstiden har uppkommit som en direkt följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen.

Med rehabilitering avses i detta avsnitt sådan vård, behandling, träning eller omskolning som på grund av olycksfallsskadan är nödvändig efter den akuta sjuktiden för att den försäkrade ska återfå bästa möjliga funktionsförmåga och leva ett så normalt liv som möjligt efter olycksfallsskadan. Behandling under akut sjuktid eller behandling som syftar till att underhålla en funktionsförmåga som förvärvats efter olycksfallsskadan utgör inte rehabilitering.

Med hjälpmedel avses i detta avsnitt förändringar i boendemiljö eller andra levnadsförhållanden som är nödvändiga för att lindra ett invaliditetstillstånd eller öka funktionsförmågan efter olycksfallsskadan.

Ersättning för kostnad för rehabilitering och hjälpmedel ersätts endast om åtgärderna har föreskrivits av läkare och godkänts av försäkringsgivaren innan den försäkrade ådrog sig kostnaden.

Ersättning för kostnader för rehabilitering lämnas för högst 10 behandlingstillfällen.

Ersättning för kostnader för hjälpmedel lämnas inte i den mån som åtgärden medför en standardhöjning.

Om rehabilitering äger rum utomlands lämnas endast ersättning för nödvändiga kostnader om rehabiliteringen sker på uppdrag och

bekostnad av den svenska allmänna sjukvården. Ersättning lämnas endast i samma utsträckning som skulle ha lämnats om rehabiliteringen hade ägt rum i Sverige.

Ersättning för kostnader för rehabilitering och hjälpmedel lämnas i längst 3 år efter olycksfallsskadan och högst till ett sammanlagt ersättningsbelopp om 2 prisbasbelopp.

12. Ersättning vid sjukhusvistelse

Om olycksfallsskada medför att den försäkrade blir inskriven på sjukhus över natt, lämnas en schablonersättning för kostnader i samband med vistelsen.

Vid sjukhusvistelse lämnas ersättning från inskrivningsdagen med 200 kronor per dygn som sjukhusvistelsen varar. Ersättning lämnas för högst 180 dagar. Vistelse på sjukhus som inträffar tre år efter det att olycksfallet inträffade ersätts inte.

13. Krisförsäkring (psykologtjänster)

Detta avsnitt gäller under förutsättning att försäkringen har tecknats med förmånen krisförsäkring.

Krisförsäkringen gäller om den försäkrade under försäkringstiden drabbas av ett traumatiskt tillstånd på grund av:

- En svår olycksfallsskada som omfattas av försäkringen, makes, registrerad partners, sambos eller eget barns dödsfall, eller
- överfall, rån eller våldtäkt som drabbat den försäkrade och som har polisanmälts.

Krisförsäkringen lämnar ersättning för skälig kostnad för nödvändig samtalsbehandling hos legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut. Behandlingen ska utföras av en vårdgivare i Sverige inom den försäkrades närområde och måste ske efter remiss av läkare eller godkännas av försäkringsgivaren innan den påbörjas för att rätt till ersättning ska föreligga.

Om en försäkrad som har rätt till ersättning enligt krisförsäkringen är utlandsstationerad, lämnas ersättning enligt

för samtalsbehandling hos legitimerad psykolog eller psykoterapeut som äger rum i det land där den försäkrade är stationerad. Behandlingen ska utföras av en vårdgivare i den försäkrades närområde och måste godkännas av försäkringsgivaren innan den påbörjas för att rätt till ersättning ska föreligga.

Krisförsäkringen kan lämna ersättning för sammanlagt högst 10 behandlingstillfällen per skada. Ersättning lämnas endast för behandlingstillfällen som äger rum inom 1 år från det första

behandlingstillfället. Krisförsäkringen lämnar ersättning med högst ett 0,25 prisbasbelopp per skada.

Ersättning lämnas inte utöver den omfattning som kan anses utgöra normal taxa för samtalsbehandling i Sverige.

Reskostnader i samband med behandling ersätts endast inom Sverige och under de förutsättningar som anges ovan under punkten "reskostnader".

14. Ersättning för medicinsk invaliditet

Gruppolycksfallsförsäkringen kan lämna ersättning för medicinsk invaliditet i den omfattning som framgår av försäkringsbeskedet.

Med medicinsk invaliditet avses i dessa villkor en varaktig nedsättning av den försäkrades fysiska och/eller psykiska funktionsförmåga utan hänsyn till den försäkrades yrke, arbetsförhållanden, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden.

Olycksfallsförsäkringen kan lämna ersättning för medicinsk invaliditet som uppstår under försäkringstiden och är en direkt följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen förutsatt att den medicinska invaliditeten är mätbar inom 3 år efter olycksfallet.

Den medicinska invaliditeten fastställs när den försäkrades tillstånd har stabiliserats efter olycksfallsskadan så att ingen ytterligare förbättring kan antas kunna ske genom fortsatt läkning, behandling eller rehabilitering. Den medicinska invaliditeten ska dock fastställas inom 5 år efter dagen då olycksfallsskadan inträffade.

Medicinsk invaliditet bedöms enligt det tabellverk för gradering av medicinsk invaliditet som är gemensamt för försäkringsbranschen och som gäller när olycksfallsskadan inträffar. Därvid beaktas enbart sådana medicinska symptom som kan fastställas objektivt. Om den försäkrades funktionsförmåga kan förbättras med protes, bedöms den medicinska invaliditeten med beaktande av protesfunktionen.

Om den försäkrades grad av medicinsk invaliditet uppgår till 85% eller mer, bestäms graden av den medicinska invaliditeten till 100%. Grader av medicinsk invaliditet som överskrider 100% beaktas inte oavsett om invaliditeten uppkommer vid ett tillfälle eller ackumuleras vid flera tillfällen.

Ersättningen för medicinsk invaliditet utgörs av den andel av försäkringsbeloppet som motsvarar den försäkrades grad (uttryckt i procent) av medicinsk invaliditet.

Om den försäkrade har fyllt 46 år när olycksfallsskadan inträffar reduceras ersättningen med 2,5 procentenheter för varje år som den försäkrades ålder då överstiger 45 år.

15. Ersättning för ekonomisk invaliditet

Med ekonomisk invaliditet avses en varaktig nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga som har uppstått som en direkt följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen. Den försäkrades arbetsförmåga anses nedsatt till den del som denne måste avhålla sig från förvärvsarbete på grund av en objektivt iakttagbar nedsättning av sin fysiska och/eller psykiska funktionsförmåga.

Grundförutsättningarna för att försäkringen ska lämna ersättning för ekonomisk invaliditet är:

- att en mätbar medicinsk invaliditet uppstår före den ekonomiska invaliditeten och inom 3 år efter olycksfallsskadan,
- att en mätbar ekonomisk invaliditet uppstår inom 3 år efter olycksfallsskadan, och
- att den försäkrade har beviljats minst halv tillsvidare sjukersättning av Försäkringskassan på grund av olycksfallsskadan.

Gruppolycksfallsförsäkringen omfattar endast ekonomisk invaliditet som uppgår till minst 50%.

Om den försäkrade vid tiden för olycksfallsskadan redan delvis hade en varaktigt nedsatt arbetsförmåga eller uppbar sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan, lämnas ersättning endast för den ytterligare nedsättning av arbetsförmågan som orsakas av olycksfallsskadan.

Om den försäkrades arbetsförmåga redan var helt och varaktigt nedsatt vid tidpunkten för olycksfallsskadan eller om den försäkrade då uppbar hel sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan, lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

Om den försäkrade hade fyllt 46 år när olycksfallsskadan inträffade, reduceras ersättningen för ekonomisk invaliditet med 5 procentenheter för varje år som åldern då översteg 45 år.

Om den försäkrade hade fyllt 60 år när Försäkringskassan beviljade minst halv tillsvidare sjukersättning, lämnas ersättning för ekonomisk invaliditet endast om den försäkrade även har en medicinsk invaliditetsgrad om minst 50% på grund av samma olycksfallsskada.

16. Samordning mellan invaliditetsersättningar

Ersättningen för ekonomisk invaliditet samordnas med ersättningen för medicinsk invaliditet. Dubbel ersättning lämnas inte för medicinsk invaliditet och ekonomisk invaliditet.

Försäkringen kan aldrig ersätta mer än en invaliditet om 100%.

Om den försäkrade ska erhålla ersättning för både medicinsk invaliditet och ekonomisk invaliditet, lämnas ett sammanlagt ersättningsbelopp för de båda typerna av invaliditet som uppgår till det högre av de båda ersättningsbeloppen beräknade enligt dessa villkor.

Om den försäkrade har erhållit ersättning för en typ av invaliditet (medicinsk eller ekonomisk) som är högre än ersättningen som ska lämnas för den andra typen invaliditet, lämnas ingen ytterligare ersättning för invaliditet. Om den försäkrade har erhållit ersättning för en typ av invaliditet (medicinsk eller ekonomisk) som är lägre än ersättningen för den andra typen invaliditet, kan ersättning lämnas för den andra typen invaliditet med mellanskillnaden.

17. Utbetalning av invaliditetsersättning

Invaliditetsersättning betalas ut när den slutliga graden av invaliditet med säkerhet kan fastställas enligt dessa villkor.

Om det före tidpunkten som anges ovan är möjligt att med säkerhet fastställa en definitiv lägsta grad av invaliditet, kan försäkringsgivaren lämna ett motsvarande förskott på invaliditetsersättningen. Ett sådant förskott ska avräknas (i procent) från ersättningen för den slutliga graden av invaliditetsersättning.

När ett ersättningsbelopp för invaliditet beräknas på grundval av ett prisbasbelopp, används det prisbasbelopp som gäller för det år då betalningen sker.

Om den försäkrade avlider som en direkt följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen innan 1 år har förflutit från den dag då olycksfallsskadan inträffade, lämnas ingen ersättning för medicinsk invaliditet men väl för dödsfallet enligt punkt 17 nedan.

Om den försäkrade avlider som en direkt följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen efter att 1 år har förflutit från den dag då olycksfallsskadan inträffade, lämnas ersättning för den försäkrades medicinska invaliditet som med säkerhet kan fastställas ha förelegat när dödsfallet inträffade. Ersättningen betalas till den försäkrades dödsbo. För ekonomisk invaliditet lämnas ingen ersättning.

18. Omprövning av invaliditetsersättning

Om den försäkrade drabbas av en väsentlig försämring av sitt hälsotillstånd på grund av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen efter det att försäkringsgivaren har fastställt graden av medicinsk och/eller ekonomisk invaliditet för den olycksfallsskadan, kan den försäkrade begära omprövning av graden av medicinsk och/eller ekonomisk invaliditet.

En begäran om omprövning av invaliditetsgrad måste komma försäkringsgivaren tillhanda innan 10 år har förflutit från den dag då olycksfallsskadan inträffade. Omprövningen av graden av invaliditet sker enligt samma regler som gällde när invaliditeten ursprungligen fastställdes.

19. Ersättning för misspdydande ärr

Om en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen läker med bestående misspdydande ärr, lämnar försäkringen ideell ersättning beräknad enligt Gjensidiges egna tabellverk..

Ersättningen för misspdydande ärr betalas ut när defekten är att betraktas som varaktig utan att någon påtaglig förbättring kan antas ske genom ytterligare läkning eller behandling. Ersättningen lämnas dock tidigast 1 år och senast 3 år efter den dag då olycksfallsskadan inträffade.

20. Ersättning för dödsfall på grund av olycksfallsskada

Om den försäkrade avlider på grund av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen innan ett år har förflutit från den dag då olycksfallsskadan inträffade, lämnas ersättning för dödsfallet 0,5 prisbasbelopp.

Ersättningen för dödsfallet bestäms på grundval av det prisbasbelopp som gäller för det år som ersättningen betalas. Ersättningen betalas till den försäkrades dödsbo som begravningshjälp.

D. Allvarlig sjukdom

1. Allmänt

Försäkringen kan lämna ersättning med det avtalade försäkringsbeloppet, om den försäkrade under försäkringstiden drabbas av en allvarlig sjukdom och alla förutsättningar för ersättning är uppfyllda.

Försäkringsbeloppet för allvarlig sjukdom framgår av försäkringsbeskedet eller annars av försäkringsavtalet.

Med allvarliga sjukdomar avses de sjukdomar och kirurgiska ingrepp som framgår nedan.

Förmånen Allvarlig Sjukdom kan tecknas av den som har fyllt 20 år men inte 60 år.

Försäkringen upphör alltid att gälla när den försäkrade fyller 65 år eller dessförinnan avlider eller när ersättning för två ersättningsbara sjukdomar beviljats, förutsatt att försäkringen inte redan har upphört att gälla av någon annan orsak.

Försäkringsersättning kan dock utbetalas efter slutåldern för ersättningsbara skador som uppkommit innan slutåldern.

Om försäkringen upphör att gälla på grund av bristande premiebetalning, upphör också rätten till ersättning.

2. Definition av sjukdomar och ersättning för dessa

2.1 Hjärt-kärlsjukdomar

Hjärtinfarkt

Ersättning med 50% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid:

- Hjärtinfarkt med blockerad blodtillförsel till en del av hjärtvävnaden med typiska bröstsmärtor, förhöjning av relevanta biokemiska markörer (t.ex. Troponin) och EKG-förändringar som är typiska för hjärtinfarkt.

Ersättning med 100% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid:

- Hjärtinfarkt med hjärtsvikt. Förutom typiska bröstsmärtor, förhöjning av relevanta biokemiska markörer (t.ex. Troponin) och EKG-förändringar som är typiska för hjärtinfarkt, krävs hjärtsvikt med ejektionsfraktion på 35% eller mindre med ekokardiografi, datortomografi, magnetkamera eller multiple gated acquisition scan (MUGA).

Diagnosen måste ställas av en kardiolog eller vid en kardiologisk mottagning.

Stroke

Ersättning med 50% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid:

- Blödning eller blodpropp (trombos/emboli) i hjärnan, konstaterad med datortomografi eller magnetkamera, och med objektiva neurologiska symptom som varar i minst 24 timmar.

Ersättning med 100% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid:

- Blödning eller blodpropp (trombos/emboli) i hjärnan, konstaterad med datortomografi eller magnetkamera, och med objektiva neurologiska symptom som varar i minst 6 månader.

Diagnosen måste ställas av en neurolog/specialist i invärtesmedicin eller vid en invärtesmedicinsk eller neurokirurgisk klinik. Transienta ischemiska attacker (TIA) omfattas inte av försäkringen, inte heller sekundär blödning i tidigare påvisad hjärnsjukdom.

Hjärt-kärlkirurgi

Med hjärt-kärlkirurgi avses följande kirurgiska ingrepp:

Hjärtklaffsoperation som är nödvändig till följd av diagnosticerad hjärtklaffssjukdom

- Ersättning med 50% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid defekt hjärtklaff med perkutan insättning av hjärtklaff på en person med hjärtklaffssjukdom.
- Ersättning med 100% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid defekt hjärtklaff med insättning av hjärtklaff i öppen hjärtkirurgi på en person med hjärtklaffssjukdom

Operation för kranskärlssjukdom som innebär kirurgiskt ingrepp på hjärtats kranskärl

- Ersättning med 25% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid ballongvidgning av 2 eller flera kranskärl (PCA) på en person med ischemisk hjärtsjukdom/myokardisk ischemi.
- Ersättning med 100% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid bypassoperation där en eller flera ådror förbikopplas i öppen hjärtkirurgi på en person med ischemisk hjärtsjukdom/myokardisk ischemi.

Aortaoperation till följd av bråck på stora kroppspulsådern eller aortaaneurysm.

- Ersättning med 50% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid perkutan insättning av en aortastent. Ersättning med 100% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid öppen kirurgiskt ingrepp med avlägsnande av den sjuka delen av aorta och insättning av en endovaskulär protes.

Försäkringen omfattar ett planerat eller akut kirurgiskt ingrepp. Ingrepp på aortans förgreningar omfattas inte av försäkringen.

Diagnosen och behovet av ovanstående operationer måste fastställas av en kardiolog/kärlkirurg/thoraxkirurg eller vid en kardiologisk/kärlkirurgisk/thoraxkirurgisk sjukhusmottagning.

2.2 Multipel skleros (MS)

Med multipel skleros avses säkert diagnosticerad multipel skleros med progressiv funktionsnedsättning. Diagnosen ställs, enligt gällande diagnoskriterier, genom klinisk presentation tillsammans med magnetröntgen, som visar för sjukdomen typiska förändringar, och antigen förhöjt IgG-index/oligoklonala band i likvorvätska, eller förlängd latens vid visual evoked potential (VEP).

Ersättning med 50% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid:

- En eller flera väldefinierade episoder (attacker) av objektiva neurologiska symptom från olika delar av centrala nervsystemet.

Ersättning med 100% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid:

- En eller flera väldefinierade episoder (attacker) av objektiva neurologiska symptom från olika delar av centrala nervsystemet i minst 6 månader.

Diagnosen måste ställas av en neurolog eller vid en neurologisk sjukhusmottagning eller neurokirurgisk klinik.

2.3 Cancer

Med cancer avses en med säkerhet diagnostiserad malign tumör, som karakteriseras av okontrollerad tillväxt och vävnadsinvasion. Även sarkom, maligna hjärn- och ryggmärgstumörer, lymfom, leukemier och multipelt myelom (se dock undantag nedan) ingår. Diagnosen måste ställas efter histologisk/cytologisk undersökning av tumörvävnaden utförd av en läkare med anatomisk patologi som specialitet.

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringen:

- All hudcancer, inklusive basaliom och malignt melanom stadie 1, dock omfattas malignt melanom från stadie 2.
- prostatacancer med TNM-klassificering T2N0M0 eller med en Gleason-summa om 5 (2+3 eller 3+2) eller mindre,
- all cancer som uppkommer i samband med HIV-infektion,
- all cancer som bedöms som pre-malign vid mikroskopisk (histologisk) undersökning såsom cancerförändringar i celler (t ex cervical intraepitelial neoplasia (CIN) i alla stadier, förstadiet till cervicalcancer) och alla former av cancer in situ. Dessutom Hodgkins lymfom i stadium I och kronisk lymfatisk leukemi.
- All cancer där den försäkrade underlåtit att söka läkarvård och följa ordinationer.
- Försäkringen ger inte heller ersättning om den försäkrade tidigare har diagnostiserats med någon form av cancer eller förstadiet till aktuell cancer, eller om den försäkrade medverkar i något medicinskt screening- eller övervakningsprogram på grund av att denne anses löpa en ökad risk för cancer.

Ersättning:

- Ersättning med 40% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid cancerdiagnos.
- Ersättning med 20% av försäkringsbeloppet kan lämnas vid operation inom fem år från diagnos.
- Ersättning med 5% av försäkringsbeloppet kan lämnas för varje enskilt behandlingstillfälle med kemoterapi (injektion av cytostatika). Som mest ersätts 5 tillfällen. Behandlingstillfällena ska ske inom fem år från diagnos.
- Ersättning med 5% av försäkringsbeloppet kan lämnas för varje enskilt behandlingstillfälle med strålterapi. Som mest ersätts 5 tillfällen. Behandlingstillfällena ska ske inom fem år från diagnos.

3. Allmänna förutsättningar för ersättning

Försäkringen gäller för ovan angivna allvarliga sjukdomar som diagnostiseras under försäkringstiden.

En allvarlig sjukdom anses som diagnostiserad när diagnosen fastställs av behörig läkare med erkänd specialistkompetens, inte när den försäkrade underrättas om diagnosen.

Om försäkringsgivaren begär det ska den försäkrade dessutom genomgå sådan ytterligare läkarundersökning som behövs för att åter bekräfta diagnosen innan ersättning kan lämnas.

Försäkringsgivaren ansvarar för kostnaderna för sådan anmodad läkarundersökning.

För att försäkringen ska lämna ersättning, ska:

- Den försäkrade diagnosticeras med en allvarlig sjukdom under försäkringstiden.
- Den allvarliga sjukdomen diagnosticeras efter det att tre månader har förflutit från försäkringens ikraftträdande.
- Den försäkrade vara vid liv 1 månad efter det att den allvarliga sjukdomen har diagnosticerats eller operation har utförts.

Om den försäkrade drabbas av flera ersättningsbara sjukdomar, lämnas ersättning för två sjukdomar. När full ersättning för två ersättningsbara sjukdomar beviljats, upphör försäkringen att gälla och ingen ytterligare ersättning beviljas från försäkringen. I detta avseende räknas alla hjärt-kärlsjukdomar som en ersättningsbar sjukdom. Även alla former av cancer räknas som en ersättningsbar sjukdom.

Om den försäkrade avlider innan ersättning utbetalats, lämnar försäkringen ingen ersättning.

- g) Försäkringen lämnar som mest ersättning med 100% av försäkringsbeloppet för en sjukdom och 200% av försäkringsbeloppet för två sjukdomar.

4. Begränsningar

Redan behövliga åtgärder

Försäkringen gäller inte för behandling eller kirurgiskt ingrepp som har bedömts vara behövliga redan innan försäkringen har börjat gälla. (Om den försäkrade exempelvis har diagnostiserats såsom behövande hjärtkirurgi redan innan försäkringen börjar gälla, gäller försäkringen inte för sådant ingrepp).

Symptom innan försäkringens ikraftträdande

Försäkringen gäller inte för allvarlig sjukdom som har visat symptom innan försäkringen trädde ikraft. Om försäkringen tecknats på grundval av ett strängare krav på hälsoprövning än

intygande om full arbetsförhet och den försäkrade genomgått riskbedömning, gäller dock inte denna begränsning.

E. Gemensamma bestämmelser

1. Åtgärder för utbetalning av ersättning

Den försäkrade och/eller annan som begär ersättning ska:

- skyndsamt anmäla alla fall av sjukdom, kroppsskada eller dödsfall som kan antas ge upphov till ersättning enligt gruppförsäkringen,
- efter bästa förmåga medverka till utredningen av ett anmält ersättningsanspråk och på egen bekostnad lämna alla upplysningar och tillhandahålla alla handlingar som försäkringsgivaren behöver för att bedöma rätten till ersättning och försäkringsgivaren ansvarighet enligt försäkringen och
- om försäkringsgivaren begär det, lämna en fullmakt till försäkringsgivaren att inhämta de uppgifter från Försäkringskassan, sjukhus, läkare, psykiatriker, psykolog, sjuksköterska, kurator, sjuk-gymnast, naprapat, kiropraktor eller annan vårdpersonal, samt arbetsgivare, annan försäkringsinstans, Skatteverket och annan berörd myndighet som försäkringsgivaren behöver för att bedöma rätten till ersättning och försäkringsgivarens ansvarighet enligt försäkringen.

Den som begär ersättning för dödsfall ska alltid förse försäkringsgivaren med dödsfallsintyg, intyg om dödsorsak samt släktutredning avseende den försäkrade.

Under pågående sjukperiod eller akut sjuktid ska den försäkrade alltid följa behandlande läkares föreskrifter och de föreskrifter som meddelas av Försäkringskassan eller av försäkringsgivaren i samråd med medicinsk rådgivare.

Om försäkringsgivaren begär det, ska den försäkradedessutom:

- undergå sådan medicinsk undersökning eller utredning som rimligen kan krävas för att bedöma rätten till ersättning och/eller den försäkrades behov av behandling eller rehabilitering, och
- under pågående sjukperiod undergå sådan behandling eller rehabilitering som kan antagas vara till nytta för den försäkrades möjligheter att helt eller delvis återgå till arbete eller återfå fysisk och/eller psykisk funktionsförmåga.

Kostnaderna för sådan undersökning, behandling eller rehabilitering ersätts i den omfattning som medges enligt den gällande gruppförsäkringen.

Om den försäkrade och/eller annan som begär ersättning till skada för försäkringsgivaren har försummat att anmäla eller medverka till

utredningen eller hanteringen av ett försäkringsfall enligt ovan, får ersättningen sättas ned i den omfattning som är skälig med hänsyn till omständigheterna.

Den som gör anspråk på ersättning för kostnader enligt försäkringen ska styrka sitt anspråk med originalkvitton och de övriga intyg (t ex av

legitimerad läkare) som kan krävas för att fastställa att rätt till ersättning föreligger enligt villkoren.

2. Försäkringsgivaren skyldigheter

Efter anmälan om försäkringsfall ska försäkringsgivaren utan uppskov vidta de åtgärder som är nödvändiga för att reglera försäkringsfallet. Regleringen ska ske skyndsamt och med hänsyn till den ersättningsberättigades behöriga intressen.

Försäkringsersättning som inte avser periodiska betalningar ska betalas ut senast en månad efter det att rätten till ersättning har inträtt och försäkringsgivaren har slutfört den utredning som skäligen kan krävas för att bedöma rätten till ersättning. Vid dröjsmål ska försäkringsgivaren betala ränta enligt 6 § räntelagen.

3. Bedömning av arbetsoförmåga

Den försäkrades arbetsoförmåga bedöms enbart på grundval av sådana medicinska symptom som kan fastställas objektivt.

Den försäkrade är arbetsoförmögen till den del som han eller hon måste avhålla sig från förvärvsarbete på grund av objektiva medicinska symptom.

Den försäkrades arbetsoförmåga bedöms i förhållande till den försäkrades sedvanliga arbete samt, efter rimlig akut sjuktid, till övriga, på arbetsmarknaden normalt förekommande, arbeten.

Graden av arbetsoförmåga bedöms alltid i förhållande till en ordinarie arbetstid om 40 timmar per vecka.

Försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning är en viktig, men inte en ensamt avgörande omständighet som försäkringsgivaren beaktar i sin bedömning.

F. Gemensamma begränsningar

1. Straffbelagd gärning

Försäkringen gäller inte för händelser som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

Ovanstående gäller inte om den försäkrade vid tidpunkten för den straffbelagda gärningen led av en allvarlig psykisk störning eller inte hade fyllt 15 år.

2. Eget vållande

Försäkringen gäller inte för sjukdom, kroppsskada eller arbetsoförmåga som har framkallats av den försäkrade själv med uppsåt.

Om den försäkrade själv, genom grov vårdslöshet har framkallat sjukdom, kroppsskada eller arbetsoförmåga eller förvärrat följderna därav, 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 sjukdom, kroppsskada eller arbetsoförmåga.

Denna begränsning gäller inte om den försäkrade vid tidpunkten för skadehandlingen eller underlåtenheten led av en allvarlig psykisk störning eller inte hade fyllt 15 år.

3. Själv mord

Om den försäkrade begår självmord innan ett år har förflutit från ikraftträdandet av den aktuella delen av grupp-försäkringen, lämnas ingen ersättning för dödsfallet.

Begränsningen gäller inte om det måste antas att försäkringen tecknades utan tanke på självmordet eller om den försäkrade vid dödsfallet inte hade fyllt 15 år, eller led av en allvarlig psykisk störning.

4. Kroppsskada eller sjukdom i arbetet

Om den försäkrade drabbas av en olycksfallsskada eller sjukdom i samband med arbetet eller under färd på väg till eller från arbetet, ska den försäkrade, för att rätt till ersättning ska föreligga enligt grupp-försäkringen, anmäla olycksfallsskadan till Försäkringskassan enligt den allmänna arbetsskadeförsäkring och till AFA eller FORA enligt trygghetsförsäkring i arbetslivet ('TFA') om sådan finns.

Försäkringen kan endast lämna ersättning enligt de ingående ersättningsposter som inte kan ersättas av Försäkringskassan eller enligt TFA.

5. Kroppsskada i trafik

Om den försäkrade drabbas av olycksfallsskada i samband med trafik som omfattas av trafikskadelagen, ska den försäkrade, för att rätt till ersättning ska föreligga enligt grupp-försäkringen, anmäla skadan till behörigt trafikförsäkringsbolag eller, om sådant saknas eller är okänt, till Trafikförsäkringsföreningen.

Försäkringen kan endast lämna ersättning enligt de ingående ersättningsposter som inte kan ersättas enligt trafikförsäkringen eller av Trafikförsäkringsföreningen.

6. Sport, idrott och artistutövande

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

7. Felaktiga och försenade meddelanden

Anspråk på försäkringsgivaren kan inte grundas på uppgifter i dokument eller meddelande från försäkringsgivaren, om dokumentet eller meddelandet till följd av misstag fått felaktig lydelse, såvida inte försäkringsgivaren underlåter att rätta upp-giften efter det att försäkringsgivaren fått kännedom om felet.

8. Vistelse utom Norden

Grupplivförsäkringen gäller om den försäkrade avlider utom norden, oavsett hur länge utlandsvistelsen har varat.

I övrigt gäller inte försäkringen för kroppsskada, sjukdom, arbetsoförmåga eller annat hälsobesvär som inträffar under en vistelse utom Norden som har varat under längre tid än 12 månader.

Tillfälliga uppehåll inom Norden för affärer, semester, vårdbesök eller andra personliga angelägenheter avbryter inte en vistelse utom Norden.

Med Norden avses i dessa villkor Sverige, Finland, Norge (utom Svalbard) Danmark (utom Grönland) och Island.

Begränsningen gäller inte om vistelsen utom Norden beror på att den försäkrade är:

- i utlandstjänst hos svenska staten, svenskt företag eller svensk ideell förening,

- i tjänst hos utländskt företag med fast anknytning till Sverige, eller
- i tjänst hos en internationell organisation där Sverige är fast medlem.

9. Krig eller politiska oroligheter

För försäkringstid då det råder krigsförhållanden i Sverige, gäller särskilda lagregler om försäkringsgivarens ansvarighet och rätt att ta ut en särskild krigspremie.

Försäkringen gäller inte för arbetsoförmåga, kostnader eller ekonomisk invaliditet på grund av kroppsskada eller sjukdom som inträffar i samband med att krigstillstånd råder i Sverige.

Försäkringen gäller inte heller för arbetsoförmåga, kostnader eller ekonomisk invaliditet på grund av kroppsskada eller sjukdom som inträffar inom 1 år efter krigstillståndets upphörande och som kan anses vara orsakad av krigstillståndet.

Försäkringen gäller inte för kroppsskada, sjukdom, arbetsoförmåga, annat hälsobesvär eller dödsfall som inträffar då den försäkrade deltar i krig, vilket inte sammanhänger med krigstillstånd i Sverige, eller i politiska oroligheter utom Sverige.

Försäkringen gäller inte heller för kroppsskada, sjukdom, arbetsoförmåga, annat hälsobesvär eller dödsfall som inträffar inom 1 år efter sådant deltagande och som kan anses vara orsakad av kriget eller oroligheterna. Deltagande i internationellt militärt fredsbevarande arbete för Sveriges räkning anses inte utgöra deltagande i krig eller politiska oroligheter.

Innan 3 år förflutit från det försäkringen trädde i kraft, gäller försäkringen inte för kroppsskada, sjukdom, arbetsoförmåga, annat hälsobesvär eller dödsfall som kan anses vara orsakad av krig, vilket inte sammanhänger med krigstillstånd i Sverige, eller av krigsliknande politiska oroligheter och som inträffar då den försäkrade, utan att delta i kriget eller oroligheterna, vistas utom Sverige i område där sådana förhållanden råder.

Under de 3 första försäkringsåren gäller försäkringen inte heller för kroppsskada, sjukdom, arbetsoförmåga, annat hälsobesvär eller dödsfall som inträffar inom ett år efter sådan vistelse och som kan anses vara orsakad av kriget eller oroligheterna. Utbryter kriget eller oroligheterna medan den försäkrade vistas i området gäller inskränkningen inte under de 3 första månaderna därefter.

10. Atomkärnprocess

Försäkringen omfattar inte olycksfallsskada, sjukdom eller dödsfall som direkt eller indirekt inträffar till följd av atomkärnprocess, till

exempel kärnklyvning, kärnsammansmältning eller radioaktivt sönderfall.

11. Terrorism

Försäkringen gäller inte för olycksfallsskada, sjukdom eller dödsfall vars uppkomst eller omfattning har direkt eller indirekt samband med terrorism.

Med terrorism menas en handling utförd av en person eller grupp av personer med intentionen att influera statsmakt eller injaga fruktan hos, delar av eller hela, allmänheten, oavsett om de agerar på egen hand eller för en organisation eller statsmakt, för politiska, religiösa eller ideologiska motiv.

12. Oriktiga uppgifter

Om försäkringstagaren och/eller den försäkrade har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter som har betydelse för försäkringsgivarens beslut att meddela, vidmakthålla, utvidga eller ändra försäkringen eller i övrigt har påverkat försäkringens innehåll, gäller vad som för sådant fall stadgas i vid var tid gällande lagstiftning.

Bestämmelserna i Försäkringsavtalslagen kan innebära att försäkringen är ogiltig eller att försäkringsgivaren helt eller delvis befrias från ansvar för inträffade försäkringsfall samt att försäkringen kan sägas upp eller ändras.

Om uppgifterna är av sådan art att försäkringsavtalet är ogiltigt, kan försäkringsgivaren behålla betald riskpremie för förfluten tid.

Om den försäkrade eller någon annan som begär ersättning från försäkringen i samband med försäkringsfall med avsikt eller av grov vårdslöshet har lämnat en oriktig eller ofullständig uppgift eller har förtigit eller dolt något förhållande som har betydelse för bedömningen av rätten till ersättning eller försäkringsgivarens ansvar enligt försäkringen, får ersättningen sättas ned i den omfattning som är skälig med hänsyn till omständigheterna

Om försäkringsgivaren med kännedom om de rätta förhållandena skulle beviljat förmånen med premieförhöjning eller någon form av förbehåll, exempelvis klausul, är försäkringsgivarens ansvar begränsat till vad som svarar mot den premie som har avtalats och de villkor i övrigt som försäkringsgivaren skulle ha godtagit, om det inte skulle leda till resultat som är oskäligt mot försäkringstagaren eller dennes rättsinnehavare.

Påföljden vid oriktig eller ofullständig uppgift gäller, utöver försäkringstagaren, även gentemot den försäkrade, förmånstagare, ny ägare, eventuell panthavare eller annan som härleder sin rätt ur försäkringsavtalet.

13. Force majeure

Försäkringsgivaren är inte ansvarigt för en sådan skada som beror på krig, krigsliknande händelse, inbördeskrig, revolution, uppror, terrorhandling politiska oroligheter eller liknande händelser.

Vidare är försäkringsgivaren inte ansvarigt för skada som beror på arbetsmarknadskonflikt, strejk, lockout, blockad, bojkott eller liknande händelser, även om försäkringsgivaren självt vidtar eller är föremål för någon sådan konfliktåtgärd.

Försäkringsgivaren är inte heller ansvarigt för skada som beror på konfiskation eller nationalisering, lagbud, myndighets åtgärder, naturkatastrof eller skada på person och/eller egendom genom order från regering eller myndighet, eller någon annan liknande omständighet.

14. Preskription

Den som begär ersättning ska göra det snarast möjligt. Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning måste väcka talan inom 10 år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsvillkoren berättigar till sådan ersättning inträdde. Annars går rätten till ersättning förlorad. Om ett anspråk har anmälts till försäkringsgivaren, har försäkringstagaren eller annan berättigad alltid rätt att väcka talan inom 6 månader från det att försäkringsgivaren meddelat att bolaget tagit slutlig sällning till anspråket.

G. Information om behandling av personuppgifter

Behandling av dina personuppgifter krävs för att kunna ingå och uppfylla de försäkringsavtal vi har med dig. Uppgifterna behandlas vid förnyelse av avtal, vid skadehantering och -reglering samt för att hantera kundrelationen. Vi behandlar också dina personuppgifter vid berättigat intresse från vår sida. Det här gäller vid kunduppföljning och marknadsföring, vid marknads- och kundundersökningar, vid utveckling av nya och befintliga tjänster samt när vi loggar besök på våra webbsidor.

Vid klagomålsärenden, regresskrav och juridiska processer behandlar vi dina personuppgifter i syfte att fastställa, göra gällande samt försvara juridiska krav. Vi behandlar också personuppgifter utifrån andra rättsliga förpliktelser som åligger bolaget i enlighet med annan lagstiftning.

I de fall behandlingen gäller särskilda kategorier av personuppgifter, såsom hälsouppgifter och uppgifter om medlemskap i fackförening, som krävs för att ingå avtal, kommer vi att be om ditt samtycke till detta.

Automatiserade individuella beslut används vid köp av försäkring samt vid skadehantering. I sådana beslut kan personprofilering ingå. För det fall resultatet av automatiserade individuella beslut påverkar dig i betydande grad har du i vissa fall rätt till manuell behandling. I de fall detta blir aktuellt kommer du att få information om det.

Gjensidige kan göra dina personuppgifter tillgängliga för andra, t.ex. internt inom koncernen, för tjänsteleverantörer och samarbetspartners, försäkringsförmedlare, andra försäkringsbolag och till försäkringsbolagens gemensamma register. Det här görs bara i den grad detta är tillåtet enligt gällande lagstiftning och det inte strider mot vår tystnadsplikt. När informationsutlämningsplikt till myndigheter åsidosätter tystnadsplikten kan vi också lämna ut personuppgifter utan ditt samtycke.

Dina personuppgifter behandlas så länge du har en försäkring hos oss. När ett avtal med oss har sagts upp kommer vi att lagra uppgifterna fram till dess att preskriptionstiden för de aktuella produkterna har löpt ut, detta på grund av möjligheten till framtida ersättningskrav som kan hänvisas till avtalsförhållandet. Dataskyddsförordningen ger dig större kontroll över dina personuppgifter. Det innebär bland annat att du har rätt att be om åtkomst till, korrigering av eller radering av dina personuppgifter. Du har i vissa fall även rätt att protestera mot behandlingen och rätt att kräva att behandlingen begränsas. Du kan motsätta dig behandling av personuppgifter kopplad till direktmarknadsföring, och du kan återkalla ditt samtycke. Du har också rätt att få de personuppgifter du har lämnat om dig själv utlämnade till dig, och du har rätt att klaga hos tillsynsmyndigheter. Du kan utöva dina rättigheter om dataskydd när du loggat in på Mina sidor hos oss, eller genom att kontakta oss skriftligen via e-post insyn@gjensidige.se

Personuppgiftsansvarig är Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, Karlavägen 108, Plan 5, 115 26 Stockholm, Sverige, med org.nr. 516407-0384. Postadress är: Gjensidige Forsikring, Box 3031, 103 61 Stockholm, Sverige.

Du kan också kontakta vårt dataskyddsbud på dataskyddsbudet@gjensidige.se eller per post till: Gjensidige Forsikring, Dataskyddsbudet, Box 3031, 103 61 Stockholm, Sverige.

Vår fullständiga integritetspolicy hittar du på www.gjensidige.se. Du kan också få den skickad till dig per post genom att skicka in en skriftlig begäran till oss på adressen ovan.

Om du önskar närmare information om vilka personuppgifter vi har om dig, och vid behov begära rättelse, kan du skriftligen begära detta hos försäkringsgivaren, PUL-ansvarig, Box 7853, 103 99

Stockholm eller genom att skicka e-post till kund@försäkringsgivaren.se

H. GSR

Bolaget äger rätt att i ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmälda skador i anledning av denna försäkring. Personuppgiftsansvarig för GSR är Skadeanmälningsregister (GSR) AB, Box 24171, 104 51 Stockholm. Se www.gsr.se för mer information om den behandling av uppgifter som förekommer i registret.

I. Omprövning, överprövning och klagomål

1. Omprövning och överprövning av försäkringsgivarens beslut

Om du inte är nöjd med försäkringsgivarens beslut i en fråga som rör din försäkring, bör du i första hand kontakta den ansvarige handläggaren för en omprövning av beslutet.

Om du efter omprövningen av beslutet fortfarande inte är nöjd, kan beslutet överprövas av försäkringsgivarens prövningsnämnd.

Din skriftliga överklagan ska du skicka till Nordeuropa Försäkring AB, Box 56044, 102 17 Stockholm. Ett sådant överklagande bör inkomma inom 6 månader efter att handläggaren har meddelat sitt omprövningsbeslut och ska ange den ändring som söks och grunderna därför.

Om du efter prövningsnämndens beslut fortfarande inte är nöjd, kan du begära prövning i Personförsäkringsnämnden (PFN) eller i Allmänna reklamationsnämnden (ARN). Medicinska frågor bör i första hand hänskjutas till Personförsäkringsnämnden och allmänna villkorsfrågor bör i första hand hänskjutas till Allmänna reklamationsnämnden.

För prövning i Allmänna reklamationsnämnden måste ansökan inkomma till nämnden inom 6 månader från det att försäkringsgivaren meddelade sitt slutliga beslut.

Personförsäkringsnämnden

Box 24067
104 50 Stockholm
Telefon: 08 - 522 787 20
www.forsakringsnamnder.se

Allmänna reklamationsnämnden

Box 174
101 23 Stockholm

Telefon: 08 - 508 860 00
www.arn.se

Ersättningsfrågor kan även prövas i allmän domstol med tingsrätt som första instans.

Vid prövning i extern instans får försäkringsgivaren delge den prövande instansen allt tillgängligt material angående den försäkrade inklusive fullständiga medicinska handlingar.

Konsumenternas försäkringsbyrå kan lämna allmänna upplysningar om försäkringar och besked om möjligheter till omprövning av ersättningsbeslut:

Konsumenternas Försäkringsbyrå

Box 24215
104 51 Stockholm
08 - 22 58 00
www.konsumenternas.se

Konsumentverket eller den kommunala konsumentvägledningen

Du kan även få vägledning hos Konsumentverket eller av kommunens konsumentvägledare. www.hallakonsument.se (Konsumentverket)

För kommunal konsumentvägledning, kontakta din kommun.

2. Klagomål

Om du är missnöjd med försäkringsgivarens bemötande, service eller hantering av frågor som rör din försäkring, bör du i första hand kontakta den ansvarige handläggaren eller dennes chef. Om du efter den kontakten fortfarande är missnöjd, får du då information om hur du går tillväga för att framföra ditt ärende till försäkringsgivarens klagomålsansvarige.

J. Kontaktuppgifter

Postadress
Nordeuropa Försäkring AB
Box 56044, 102 17 Stockholm

Organisationsnummer 556632- 6657 Styrelsens säte Stockholm
Telefonväxel 08-410 532 00

Knif Trygghet Forsikring AS, org. nr. 991 206 825 som föeträds i Svergie av Nordeuropa Försäkring AB, org nr 556632-6657.
Nordeuropa Försäkring AB står under tillsyn av Finansinspektionen.

Gjensidige Försäkring

Postadress:

Gjensidige Försäkring

Box 3031

103 61 Stockholm

Telefon 0771-326 326

Email foretag@gjensidige.se

En Svensk filial till:

Gjensidige Forsikring ASA, Norge

Postadress:

Postboks 700 Sentrum, 0106 Oslo

ORG-nr. 995 568 217