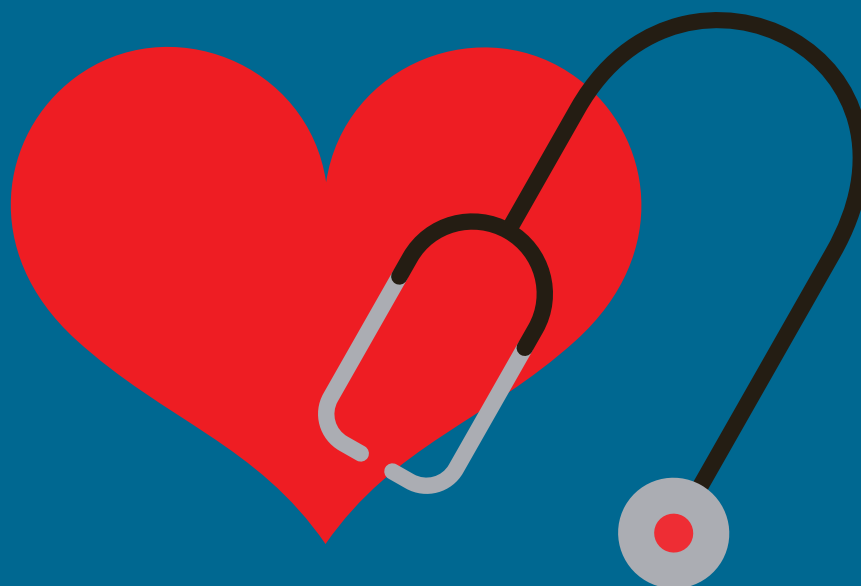




Gjensidige

Personförsäkring - Liv och Hälsa

Villkor 320001



Giltigt från 2020 10 01

Innehållsförteckning

A. Försäkringsavtalet	3	H. Gemensamma Bestämmelser	20
B. Grupplivförsäkring	6	I. Gemensamma begränsningar	21
C. Sjukinkomstförsäkring	7	J. Information om behandling av personuppgifter	23
D. Gruppolycksfallsförsäkring	8	K. GSR	24
E. Gruppförsäkring för sjukdom och olycksfall	14	L. Omprövning, överprövning och klagomål	24
F. Förhöjd invaliditetsersättning	16	M. Kontaktuppgifter	24
G. Barnförsäkring	16		

Kontakta Gjensidige försäkring

Kundtjänst

Telefon 0771-326 326

Email info@gjensidige.se

Försäkringsvillkor 3200001

Personförsäkring - Liv och Hälsa

Villkor: 3200001

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 Liv & Hälsa AB, org nr 559259-2686. Nordeuropa Liv & Hälsa AB står under tillsyn av Finansinspektionen.

Försäkringstagaren är den som ingår eller anses ingå i 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 försäkringsgivarens 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 pre-mie 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 skatträda 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 grupppersonförsäkring, 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 gruppledems 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 församtliga 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 en 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 hos 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.

Under 12 månader från försäkringens ikraftträdande gäller inte livförsäkringen för dödsfall som beror på sjukdom, kroppsskada eller annat hälsobesvär som har visat symptom innan livförsäkringen 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. Sjukinkomstförsäkring

1. Allmänt

Detta avsnitt gäller under förutsättning att grupp-försäkringen har tecknats med sjukinkomstförsäkring.

2. Rätten att teckna sjukförsäkring

Endast gruppmedlem som omfattas av en annan förmån i grupp-försäkringen har rätt att teckna sjukinkomstförsäkring. Medförsäkrad kan inte omfattas av sjukinkomstförsäkring.

Utöver vad som anges ovan, gäller att gruppmedlem för att ha rätt att teckna sjukinkomstförsäkring: ska vara tillsvidareanställd eller utöva enskild näringsverksamhet, i båda fallen på minst halvtid, har en stadigvarande arbetsinkomst, och inte ha fyllt 60 år.

Provanställning i enlighet med lagen om anställningsskydd jämställs med tillsvidareanställning.

3. Ersättning vid arbetsförmåga

Försäkringen gäller för inkomstbortfall på grund av sjukdom, kroppsskada eller annat hälsobesvär som visat symptom först under försäkringstiden och som medfört arbetsförmåga.

Arbetsförmågan ska, under den tid försäkringen är ikraft

- pågå längre än karenstiden, som är tre månader,
- fortlöpande uppgå till minst 1/4 och innebära att den försäkrade måste avhålla sig från arbete i motsvarande utsträckning, samt
- föranleda ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning eller liknande.

Om den försäkrade anslutits till sjukförsäkringen genom en fullständig individuell hälsoprövning, gäller, istället för vad som anges under punkten a, försäkringen för arbetsförmåga som uppstått under försäkringstiden oavsett om sjukdomen, kroppsskadan eller hälsobesväret visat symptom innan försäkringen trädde ikraft.

Under giltigt försäkringsfall enligt ovan, kan försäkringen lämna ersättning under den tid som den försäkrades arbetsförmåga varar efter karenstiden och medan försäkringen är ikraft, dock inte utöver den omfattning som medges av Försäkringskassan eller för längre tid än 48 månader.

Ersättning kan lämnas längst under 48 månader, dock längst till och med dagen innan den försäkrade fyller 65 år.

Om ersättning betalats i 48 månader, oavsett antal sjukperioder, upphör försäkringen att gälla.

Försäkringen och ersättningen från denna upphör dock alltid vid den försäkrades död, eller avtalade pensionsålder, dock senast vid slutåldern.

4. Försäkringsersättningen

Maximal ersättning framgår av försäkringsbeskedet.

Försäkringsersättningen utgörs av den andel av försäkringsbeloppet som svarar mot graden av arbetsförmåga.

Försäkringsersättningen betalas månadsvis i efterskott och beräknas med hänsyn till graden av den försäkrades arbetsförmåga och antalet dagar under den period som ersättningen avser.

5. Avbrott i sjukperiod

Om den försäkrade efter avslutad sjukperiod åter under försäkringstiden drabbas av arbetsförmåga på grund av samma sjukdom eller kroppsskada innan 3 månader har förflutit från den förra sjukperiodens slut, gäller en kortare karenstid på 15 dagar för den nya sjukperioden.

Efter den tidsperiod som anges ovan gäller den ordinarie karenstiden för nya sjukperioder under försäkringstiden.

6. Upphåll i arbete eller arbetsinkomst

Försäkringen gäller inte för sjukdom, kroppsskada eller arbetsförmåga som uppkommer under tid då den försäkrade är tjänstledig, arbetsbefriad, inte innehar tillsvidareanställning om minst halvtid, inte är verksam som egen företagare på minst halvtid eller annars inte uppbär arbetsinkomst.

Begränsningen ovan gäller inte om den försäkrade innehar tillsvidareanställning på minst halvtid och är föräldraledig när arbetsförmågan uppkommer.

7. Överförsäkring

Om ersättningen från sjukförsäkringen tillsammans med andra inkomster (t.ex. arbetsinkomst, sjuklön, ersättning från försäkringskassan, privat eller kollektivavtalad försäkring och pension) skulle medföra att den försäkrade får en inkomst under sjukperioden som överstiger 90% av den aktuella inkomsten omedelbart före sjukperioden, får försäkringsgivaren reducera ersättningen med den överskjutande delen.

8. Försäkringens upphörande under pågående ersättning

Om försäkringens, av annan orsak än försummelse av försäkringstagarens eller den försäkrades åligganden enligt lag eller villkor, upphör att gälla under pågående sjukperiod som ersätts enligt dessa villkor, fortsätter försäkringsersättningen enligt följande:

- den arbetsförmåga som ligger till grund för beräkningen av försäkringsersättningen får aldrig överstiga den grad av arbetsförmåga som gällde för den försäkrade när försäkringens upphörde att gälla, och
- om den försäkrades arbetsförmåga därefter förbättras, får den grad av arbetsförmåga som ligger till grund för beräkningen av försäkringsersättningen aldrig överstiga den försäkrades lägsta nivå av arbetsförmåga efter försäkringens upphörande.

Om den försäkrades arbetsförmåga upphör, upphör därmed rätten till ersättning från försäkringens.

I andra fall än ovan lämnas ingen ersättning från försäkringens efter försäkringens upphörande.

D. Gruppolycksfallsförsäkring

1. Allmänna bestämmelser

Detta avsnitt gäller under förutsättning att grupp-försäkringens har tecknats med olycksfallsförsäkring.

Försäkringens 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 olycksfallsförsäkringens ska olycksfallsskadan inträffa när försäkringens är ikraft. Det ska även vara klart mer sannolikt att det besvär ersättningsanspråket avser har inträffat till följd av en händelse som omfattas av försäkringens 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. Sådan 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 följder 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,
- Kroppskadeersättning,
- 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 D eller en gruppförsäkring för sjukdom och olycksfall enligt E. 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 skäliga och nödvändiga kostnader för läkarvård till följd av en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen.

Ersättning kan även lämnas för skäliga 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 skäliga 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.

Privat operation 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 skäliga 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. Skäliga 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

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 c) 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. Dubbelersättning 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 misspyrdande ärr

Om en olycksfallsskada som omfattas av försäkringen läker med bestående misspyrdande 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.

E. Gruppförsäkring för sjukdom och olycksfall

1. Allmänna bestämmelser

Detta avsnitt gäller under förutsättning att gruppförsäkringen har tecknats med försäkring för olycksfall och sjukdom.

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

2. Olycksfallsskada

Vad som avses respektive jämföras med en olycksfallsskada samt vad som i övrigt är viktigt för den försäkrade att iaktta i samband med ett olycksfall framgår av punkten D.2 i dessa villkor.

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

3. Sjukdom

Med sjukdom förstås i detta avsnitt en nedsättning av den försäkrades fysiska och/eller psykiska funktionsförmåga som inte beror på en olycksfallsskada.

Försäkringen gäller endast för sjukdomar som uppkommer under försäkringstiden.

En sjukdom anses uppkomma vid den tidpunkt då de första symptomen visar sig.

Med insjuknande avses den tidpunkt då den försäkrades arbetsförmåga blir nedsatt med minst en fjärdedel på grund av en sjukdom som omfattas av försäkringen.

4. Begränsning för särskilda sjukdomar

Med särskilda sjukdomar avses:

- myalgi, fibromyalgi eller andra värktillstånd som inte har påvisats bero på en iakttagbar kroppsskada,
- psykiska besvär inklusive depression, ångestsyndrom, tvångssyndrom, beteendestörningar, personlighetsstörningar samt övriga psykiska åkommor oavsett svårighetsgrad,
- utmattningssyndrom (utbrändhet), krisreaktioner och andra besvär av trötthet, sömnstörningar, koncentrationssvårigheter, nedstämdhet eller liknande,
- stressrelaterade besvär som t ex stressreaktioner och även kroppsliga besvär som kan antas ha samband med stress, och
- besvär i skelett, leder, muskler, nerver, diskar, brosk, senor eller bindväv som kan antas ha samband med överbelastning, enformiga rörelser, förslitning eller åldersförändringar.

Försäkringen omfattar inte särskild sjukdom som drabbar den försäkrade innan 12 månader har förflutit från det att försäkringen för olycksfall och sjukdom trädde ikraft. För sådan sjukdom lämnas ingen ersättning.

Om den försäkrade drabbas av en särskild sjukdom som omfattas av försäkringen, begränsas försäkringsbeloppet till maximalt 15 prisbasbelopp för denna åkomma. Ersättning för medicinsk invaliditet för särskild sjukdom beräknas till motsvarande andel av detta försäkringsbelopp.

5. Konkurrerande skadeorsaker

Vad som avses med konkurrerande skadeorsaker samt vad som gäller då framgår av punkten D.3 i dessa villkor.

6. Ersättningsposter

För olycksfallsskador (men inte för sjukdom) kan försäkringen omfatta följande ersättningsposter:

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

För olycksfallsskador och sjukdom kan försäkringen omfatta följande ersättningsposter.

- Ersättning för medicinsk invaliditet, och
- Dödsfallsersättning.

För olycksfallsskador kan försäkringen även tecknas med en förhöjd ersättning för medicinsk invaliditet, "Förhöjd invaliditetsersättning".

Vilka ersättningsposter som omfattas av försäkringen framgår av försäkringsbeskedet eller avtalet.

Ersättning för kostnader med anledning av olycksfall ersätts 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 försäkringen 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 finnes.

Med prisbasbelopp avses, om inget annat anges, det prisbasbelopp som gällde när olycksfallsskadan inträffade eller när den försäkrade insjuknade.

7. Samordning med gruppolycksfallsförsäkring

En person kan endast omfattas av antingen en gruppolycksfallsförsäkring enligt D eller en gruppförsäkring för olycksfall och sjukdom enligt E.

Om en försäkrad ändå omfattas båda försäkringarna, lämnas endast ersättning från den försäkring som har högst ersättningsbelopp.

8. Ersättning

Närmare bestämmelser om vilken ersättning som försäkringen kan lämna för respektive ersättningspost och förutsättningarna för det samt om samordning, utbetalning och omprövning av invaliditetsersättning framgår av punkterna D.6 – D.20.

När det gäller ersättning för medicinsk invaliditet vid sjukdom gäller då dels att den medicinska invaliditeten är mätbar inom 3 år från det att sjukdomen uppkom, dels att den medicinska invaliditeten ska fastställas inom 5 år från insjuknandet.

När det gäller ersättning för ekonomisk invaliditet, se punkt 9 nedan.

När det gäller ersättning för dödsfall vid sjukdom gäller att dödsfallet ska inträffa innan 1 år har förflutit från insjuknandet.

9. 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 ekonomiskinvaliditet.

Ersättningen för ekonomisk invaliditet uppgår till den andel av försäkringsbeloppet som framgår av nedanstående tabell:

Grad av ekonomisk invaliditet	Ersättning uttryckt i andel av försäkringsbeloppet
85%+	100%
66%- 84%	75%
50%-65%	50%
0-49%	Omfattas inte av försäkringen

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 tillsvidaresjukersättning, lämnas ersättning för ekonomisk invaliditet endast om den försäkrade även har en medicinsk invaliditetsgrad om minst 50% på grund av samma olycksfallsskada.

10. 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.

F. Förhöjd invaliditetsersättning

Detta avsnitt gäller under förutsättning att grupp-försäkringen har tecknats med förhöjd invaliditetsersättning.

Den förhöjda invaliditetsersättningen kan lämnas vid medicinsk invaliditet på grund av olycksfall, men inte på grund av sjukdom.

Om invaliditeten uppgår till 20 % eller mer, kan en extra ersättning utgå i form av ett tilläggsbelopp.

Det totala ersättningsbeloppet, inklusive tillägg beräknas enligt nedanstående.

Fastställd invaliditetsgrad för medicinsk invaliditet i procent	Totalbelopp uttryckt i procent av försäkringsbeloppet
1-19	100
20-24	105
25-29	115
30-34	120
35-39	130
40-44	135
45-49	140
50-55	145
55-59	150
60-64	155
65-69	160
70-74	165
75-79	170
80-84	175
85-89	180
90-94	200
95-98	200
99	200

G. Barnförsäkring

1. Allmänna bestämmelser

Detta avsnitt gäller under förutsättning att grupp-försäkringen har tecknats med barnförsäkring. Barnförsäkringens försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Barnförsäkring kan endast tecknas av en gruppmedlem, inte av en medförsäkrad. Gruppmedlemmen måste omfattas av någon annan förmån i grupp-försäkringen för att kunna teckna barnförsäkring.

Försäkringen gäller under hela dygnet, om annat inte avtalats.

2. Försäkrade barn

Barnförsäkringen omfattar gruppmedlemmens arvsberättigade barn. Försäkringen kan även gälla enbart för visst namngivet barn, om detta framgår av försäkringsbeskedet.

Arvsberättigat barn till gruppmedlemmens make, registrerad partner eller sambo omfattas av försäkringen, om barnet är folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen.

Utländskt barn som gruppmedlemmen avser att adoptera kan omfattas av barnförsäkringen när barnet har kommit till Sverige förutsatt att socialnämnden har lämnat sitt medgivande därtill. Om någon adoption inte kommer till stånd upphör barnskyddet när 1 år har förflutit från barnets ankomst till Sverige eller om barnet dessförinnan lämnar Sverige.

Utländskt adoptivbarn eller barn fött utomlands omfattas inte av barnförsäkringen förrän barnet har genomgått föreskrivna hälsokontroller i samband med ankomst till Sverige och befunnits vara fullt friskt.

Försäkringen gäller längst till och med utgången av det år som försäkrat barn fyller 25 år. Därefter upphör försäkringen för barnet.

Efterskydd eller rätt att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte efter utgången av det år som försäkrat barn fyller 25 år.

Försäkringstagaren ska meddela försäkringsgivaren när det yngsta försäkrade barnet uppnår 25 års ålder, så att barnförsäkringen kan upphävas i rätt tid.

Försäkrat barn kan ansöka om vidareförsäkring inom 3 månader efter att slutåldern har uppnåtts under förutsättning att den försäkrade då hade omfattats av försäkringen under minst 6 månader. Vidareförsäkring meddelas med särskild omfattning och premietariff.

Om gruppmedlemmen upphör att omfattas av gruppförsäkringen innan den tidpunkt som anges ovan, upphör barnförsäkringen att gälla samtidigt som gruppmedlemmens försäkring upphör.

3. Olycksfallsskada

Vad som avses respektive jämställs med en olycksfallsskada samt vad som i övrigt är viktigt för den försäkrade att iaktta i samband med ett olycksfall framgår av punkten D.2 i dessa villkor.

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

4. Sjukdom

Med sjukdom förstås i detta avsnitt en nedsättning av den försäkrades fysiska och/eller psykiska funktionsförmåga som inte beror på en olycksfallsskada.

Försäkringen gäller endast för sjukdomar som uppkommer under försäkringstiden.

En sjukdom anses uppkomma vid den tidpunkt då de första symptomen visar sig.

Med insjuknande avses den tidpunkt då den försäkrades arbetsförmåga blir nedsatt med minst en fjärdedel på grund av en sjukdom som omfattas av försäkringen.

5. Särskilda begränsningar för barnförsäkringen

Utöver de allmänna begränsningar som gäller för hela gruppförsäkringen, gäller barnförsäkringen inte heller för de åkommor som anges i detta avsnitt.

Försäkringen gäller inte för sjukdom som uppkommer innan 6 månader har förflutit från den dagen då försäkringen trädde ikraft.

Försäkringen gäller inte för sjukdom, kroppsskada, kroppsfel eller annat hälsobesvär som med övervägande sannolikhet:

- har uppkommit vid någon tidpunkt innan en månad har förflutit från födseln (även under graviditeten eller förlossningen), eller
- beror på ett anlag som fanns redan vid födseln. Med anlag avses genetisk betingelse som oavsett inverkan av miljö eller levnadssätt kommer att ge upphov till sjukdom, kroppsskada, kroppsfel eller dödsfall.

Begränsningen ovan under punkten C gäller inte för ersättning på grund av dödsfall.

Begränsningen ovan under punkten C gäller inte heller om de första symptomen visar sig under försäkringstiden och efter det att det försäkrade barnet har fyllt 4 år och har genomgått fyraårskontrollen eller motsvarande läkarundersökning. För ett försäkrat barn som inte har genomgått fyraårskontrollen eller motsvarande läkarundersökning gäller begränsningen, om de första symptomen uppträder innan barnet har fyllt 8 år.

Om barnet hade fyllt 12 år när barnförsäkringen började gälla för barnets del, gäller försäkringen inte för psykisk sjukdom som visar sig innan 2 år har förflutit från det datum då barnet först omfattades av barnförsäkringen.

Försäkringen gäller inte för psykiska sjukdomar och beetendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-99, liknande neuropsykiatriska funktionshinder, Touretts syndrom, psykomotoriska försening eller utvecklingsstörning.

Synnedsättningar på grund av brytningsfel eller skelning omfattas endast om det kan påvisas att besväret beror på en olycksfallsskada eller sjukdom som omfattas av försäkringen.

Försäkringen gäller ej för Celiaki, K90.0 - K90.0X.

6. Konkurrerande skadeorsaker

Vad som avses med konkurrerande skadeorsaker samt vad som gäller då framgår av punkten D.3 i dessa villkor.

7. Ersättningsposter

För olycksfallsskador (men inte för sjukdom) kan försäkringen omfatta följande ersättningsposter:

- Läkekostnader,
- Tandskadekostnader,
- Reskostnader,
- Merkostnader,
- Krisförsäkring (psykologtjänster),
- Rehabiliterings- och hjälpmedelskostnader, och
- Ersättning för misspdydande ärr.

För olycksfallsskador och sjukdom kan försäkringen omfatta följande ersättningsposter:

- Kostnadsbidrag,
- Ersättning vid sjukhusvistelse,
- Ersättning för medicinsk invaliditet,
- Ersättning för ekonomisk invaliditet, och
- Dödsfallsersättning.

Ersättning för kostnader i anledning av olycksfall ersätts endast i den mån ersättning inte lämnas från annat håll, tex allmän försäkring, enskild försäkring, kollektivavtalad försäkring eller enligt lag.

Om gruppmedlemmen eller det försäkrade barnet inte är inskriven i svensk allmän försäkringskassa vid tidpunkten för ett olycksfall som ersätts enligt dessa villkor, lämnas ersättning från försäkringen i den omfattning som skulle ha lämnats om gruppmedlemmen eller det försäkrade barnet hade varit inskriven i försäkringskassa, d v s försäkringsgivaren övertar inte skyldigheten att ersätta sådana kostnader som skulle ha ersatts från annat håll om gruppmedlemmen eller det försäkrade barnet 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 finnes.

När prisbasbelopp omnämns i detta avsnitt avses det prisbasbelopp som gällde när olycksfallsskadan inträffade eller när det försäkrade barnet insjuknade om inget annat anges.

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 krävs för att fastställa att rätt till ersättning föreligger enligt villkoren.

8. Vissa ersättningsposter

Närmare bestämmelser om vilken ersättning som försäkringen kan lämna för ersättningsposterna Läkekostnader, Tandskadekostnader, Reskostnader, Merkostnader, Rehabiliterings- och hjälpmedelskostnader, Krisförsäkring, misspdydande ärr, Medicinsk invaliditet, och dödsfallsersättning samt förutsättningarna för det samt om samordning, utbetalning och omprövning av invaliditetsersättning framgår av punkterna D.6 – D.8 och D.10 – D.17 – D.19.

För Tandskadekostnader gäller därutöver att en nödvändig behandling för tandkada som omfattas av försäkringen och som behöver skjutas upp på grund av att det försäkrade barnets tänder inte är utvecklade kan ersättas, om den utförs innan det försäkrade barnet fyllt 25 år.

För Krisförsäkringen gäller därutöver att den även kan lämna ersättning för ett traumatiskt tillstånd som ett försäkrat barn drabbas av till följd av förälders bortgång.

Ytterligare grundförutsättningar för att försäkringen ska lämna ersättning för ekonomisk invaliditet är dels att ekonomisk invaliditet har förelegat oavbrutet till minst hälften under 4 år efter insjuknandet eller den dag då olycksfallsskadan inträffat, dels att det försäkrade barnet har fyllt 18 år.

Istället för vad som anges i punkten D.17 uppgår dödsfallsersättningen till 1,5 prisbasbelopp.

När det gäller ersättning för medicinsk invaliditet vid sjukdom gäller då dels att den medicinska invaliditeten är mätbar inom 3 år från det att sjukdomen uppkom, dels att den medicinska invaliditeten ska fastställas inom 5 år från insjuknandet.

När det gäller ersättning för ekonomisk invaliditet vid sjukdom jämförs tidpunkten för olycksfallsskadan med tidpunkten för insjuknandet.

När det gäller ersättning för dödsfall vid sjukdom gäller då att dödsfallet ska inträffa innan 1 år har förflutit från insjuknandet.

9. Kostnadsbidrag

Försäkringsbeloppet för kostnadsbidrag är ett prisbasbelopp per år under maximalt 6 års tid.

Med funktionsnedsättning avses endast i detta avsnitt en nedsättning av försäkrat barns förmåga att utöva för åldern

normal verksamhet på grund av en sjukdom eller olycksfallsskada som omfattas av barnförsäkringen. Isolering enligt Smittskyddslagen jämställs med sjukdom.

Om försäkrat barn under försäkringstiden och före fyllda 19 år drabbas av funktionsnedsättning, kan försäkringen lämna ersättning med kostnadsbidrag om Försäkringskassan har beviljat omvårdnadsbidrag eller assistansersättning för barnet.

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

Ersättningens storlek bestäms till den andel av försäkringsbeloppet för kostnadsbidrag som motsvarar graden av barnets funktionsnedsättning.

Ersättningens storlek bestäms till den andel av försäkringsbeloppet för kostnadsbidrag som motsvarar graden av barnets funktionsnedsättning och kan tidigast utbetalas från den tidpunkt då Försäkringskassan beviljat omvårdnadsbidrag eller assistansersättning.

Upp till 18 års ålder utbetalas ersättningen till den vårdnadshavare som är mottagare till omvårdnadsbidraget från allmän försäkring.

Ersättning med kostnadsbidrag lämnas längst till och med den dag då barnet fyller 19 år. Om rätten till omvårdnadsbidrag eller assistansersättning upphör dessförinnan, upphör samtidigt rätten till ersättning med kostnadsbidrag.

Försäkringen lämnar inte ersättning med kostnadsbidrag för funktionsnedsättning på grund av

- Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar,
- ämnesomsättningssjukdomar,
- missbildningar och kromosomavvikelse, samt
- sjukdomar inom centrala nerv- och muskelsystemet.

När ersättningen beräknas på grundval av ett prisbasbelopp, används det prisbasbelopp som gällde det året som barnet insjuknade eller då olycksfallsskadan inträffade.

10. Ersättning för ekonomisk invaliditet

Med ekonomisk invaliditet avses en varaktig nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga som har uppstått som en direkt följd av en sjukdom eller 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 insjuknandet eller olycksfallsskadan,
- att en mätbar ekonomisk invaliditet uppstår inom 3 år efter insjuknandet eller olycksfallsskadan,
- att den försäkrade har beviljats minst halv tillsvidaresjukersättning av Försäkringskassan på grund av sjukdomen eller olycksfallsskadan,
- att ekonomisk invaliditet har förelegat oavbrutet till minst hälften under 4 år efter insjuknandet eller den dag då olycksfallsskadan inträffade, och
- att det försäkrade barnet har fyllt 18 år.

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

Om den försäkrade vid tiden för olycksfallsskadan eller insjuknandet 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 insjuknandet eller om den försäkrade då uppbar hel sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan, lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

11. Ersättning vid sjukhusvistelse

Om försäkrat barn under försäkringstiden vårdas intagen på sjukhus under längre tid än 2 dagar i följd på grund av en sjukdom eller olycksfallsskada som omfattas av försäkringen, kan ersättning lämnas med ett fast dagligt belopp under sjukhusvistelsen.

Ersättning lämnas under sjukhusvistelse under försäkringstiden med 1000 kr per dag från och med vistelsens tredje dag, dock längst till och med vistelsens 14:e dag.

Från och med vistelsens 15:e dag lämnas ersättning med 300 kr per dag, dock längst under 165 dagar i följd.

Ersättning kan även lämnas i samband med vård av försäkrat barn i hemmet av anhörig under försäkringstiden på grund av en

sjukdom eller olycksfallsskada som omfattas av försäkringen under förutsättning att:

- vården i hemmet har föregåtts av en sjukhusvistelse av samma orsak,
- vårdbehovet kvarstår efter att fjorton (14) dagar har förflutit från sjukhusvistelsens första dag, och
- legitimerad läkare intygar att barnet måste vårdas av anhörig i hemmet.

Ersättning för anhörigs vård av försäkrat barn i hemmet lämnas med 300 kr per dag under försäkringstiden dock längst i 30 dagar i följd. Ersättning lämnas inte om det försäkrade barnet endast har vårdats i öppen vård.

H. 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 försäkringsgivarens ansvarighet enligt försäkringen och
- om försäkringsgivaren begär det, lämna en fullmakt till försäkringsgivaren eller den vars utför uppdraget åt 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 kan behövas 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 försäkringsgivaren i samråd med medicinsk rådgivare.

Om försäkringsgivaren begär det, ska den försäkrade dessutom:

- 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 skäligen 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 eller den vars utför uppdraget åt 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 arbetsförmåga

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

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

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

Graden av arbetsförmåga 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.

I. 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. Det samma 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 själv mord 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 arbetsskadeförsäkringen 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 uppgiften 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, vård besök 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 arbetsförmåga, 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 arbetsförmåga, 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, arbetsförmåga, 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, arbetsförmåga, 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, arbetsförmåga, 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, arbetsförmåga, 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 ställning till anspråket.

J. 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 dataskyddsombud på dataskyddsombudet@gjensidige.se eller per post till: Gjensidige Forsikring, Dataskyddsombudet, 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.

K. 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.

L. Omprövning, överprövning och klagomål

1. Omprövning och överprövning av beslut

Om du inte är nöjd med 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 Försäkringsgivarens prövningsnämnd, Nordeuropa Liv & Hälsa 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 prövningsnämnd 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

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.

M. Kontaktuppgifter

Postadress

Nordeuropa Liv & Hälsa AB

Box 56044
102 17 Stockholm
organisationsnummer 559259-2686 Styrelsens säte Stockholm
Telefonväxel: 08-410 532 00

Knif Trygghet Forsikring AS, org. nr. 991 206 825 som företräds i Sverige av Nordeuropa Liv & Hälsa AB, org nr 559259-2686.

Gjensidige Försäkring

Postadress:

Gjensidige Försäkring

Box 3031

103 61 Stockholm

Telefon 0771-326 326

Email info@gjensidige.se

info@gjensidige.se

En Svensk filial till:

Gjensidige Forsikring ASA, Norge

Postadress:

Postboks 700 Sentrum, 0106 Oslo

ORG-nr. 995 568 217