

Översikt

Inledning

Dessa villkor gäller i tillämpliga delar för Vårdförsäkring Kollektiv som är tecknad som frivillig eller obligatorisk gruppörsäkring i SEB Pension och Försäkring AB, organisationsnummer 516401-8243, nedan kallat Försäkringsbolaget.

Ordlista

I villkoren finns ett antal fackord som inte förklaras där du finner dem i den löpande texten. Vi har samlat förklaringarna på ett ställe, i ordlistan i avsnitt 9.

Innehåll

1. Försäkringsavtalet	1
2. Premier	2
2.1 Allmänt om premie	2
2.2 Premiebetalning	3
3. Rätt till ersättning	3
3.1 Vad ersätter försäkringen	3
3.2 Vårdgaranti	4
3.3 Övertaganderegler	4
4. Valbar omfattning	4
4.1 Uppgradering	4
4.2 Remisskrav	5
4.3 Hälsundersökning	5
4.3 Självrisk	5
4.5 Utlandsanställd	5
4.6 Rehabilitering	5
5. Service och rådgivning	6
6. Ansvarstid och högsta utbetalning	6
7. Begränsningar i rätten till ersättning	7
7.1 Viss vård och vissa behandlingar m.m.	7
7.2 Kostnader som ersätts från annat håll	7
7.3 Uteblivna besök	7
7.4 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador	7
7.5 Övriga begränsningar	7
8. Utbetalning	8
9. Ordlista	8
10. Om du inte är nöjd	9

1. Försäkringsavtalet

Gruppavtalet

Till grund för vårdförsäkringen ligger ett gruppavtal mellan Försäkringsbolaget och en företrädare för gruppen av de försäkringsberättigade. Ett gällande gruppavtal är en förutsättning för att gruppövertagaren eller en försäkringsberättigad person ska kunna teckna en försäkring och vidare en förutsättning för att försäkringen ska bestå.

Om försäkringen är en obligatorisk gruppörsäkring utgör gruppavtalet samtidigt ett försäkringsavtal om Vårdförsäkring Kollektiv för gruppen av de försäkringsberättigade.

Parter

Parter är dels försäkringstagaren, dels Försäkringsbolaget.

Vem får teckna försäkringen?

Frivillig gruppörsäkring

Fysisk person som uppfyller förutsättningarna för att ingå i den försäkringsberättigade gruppen enligt ett gällande gruppavtal, har rätt att teckna försäkring.

Obligatorisk gruppörsäkring

Om försäkringen är en obligatorisk försäkring tecknar gruppövertagaren försäkringen för gruppen av de försäkringsberättigade. Den som tecknar försäkringen är försäkringstagare.

Referens: Förutsättningar för att kunna omfattas av försäkringen, utöver de krav som uppställs för att omfattas av gruppavtalet, framgår av 1. "Försäkringsavtalet", "Vad krävs av den försäkrade?".

Förutsättningar

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren skriftligen eller på annat sätt enligt avtal lämnat till Försäkringsbolaget.

För försäkringsavtalet gäller vad som anges i försäkringsbekräftelsen och de handlingar som hör till denna, i förekommande fall i försäkringsbeskedet samt i dessa villkor och i gruppavtalet. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller även vad som anges i avtalet om TryggPlan och därtill hörande handlingar och villkor.

Försäkringen har inte tecknats i samband med tjänst.

Tillämpliga lagar

Huvudregel

För försäkringsavtalet gäller försäkringsavtalslagen (2005:104) och svensk allmän lag i övrigt. Tvist angående avtalet ska prövas av svensk domstol. Detta gäller även om tvisten avser sjukdom eller olycksfallsskada som inträffat utomlands.

Undantag: När försäkringstagaren är en fysisk person

- som inte är svensk medborgare och,
- som har sin vanliga vistelseort i en EES-stat så tillämpas lagen i Sverige, i den mån det är möjligt enligt vad som stadgas om tillämplig lag för försäkringsavtal i den staten.

När försäkringstagaren är en juridisk person och driftstället som försäkringsavtalet gäller för är beläget i en EES-stat så tillämpas lagen i den staten.

Observera: Det är förhållandet vid den tidpunkt när försäkringsavtalet träffas som är avgörande vid bedömningen av vilken stats lagar som gäller.

Försäkringsbolagets rätt att ändra villkoren

Försäkringsbolaget förbehåller sig rätten att ändra dessa villkor under försäkringstiden i den mån detta blir nödvändigt med hänsyn till ändrad lagstiftning, myndigheters föreskrifter eller ändrad lagtillämpning. Försäkringsbolaget har, förutom i de fall som anges särskilt i dessa villkor, även rätt att ändra villkoren om ändringen generellt sett kan anses vara gynnsam för försäkringstagarna.

En ändring träder i kraft en månad efter det att Försäkringsbolaget skickat information till försäkringstagaren om ändringen samt de nya villkoren, eller den tidigare tidpunkt som följer av lag.

Slutligen har Försäkringsbolaget rätt att ändra villkoren om de allmänna förutsättningarna förändras på så sätt att villkorsändringen kan anses sakligt befogad med hänsyn till försäkringens art eller någon annan särskild omständighet. En sådan ändring träder i kraft sex månader efter det att Försäkringsbolaget skickat information till försäkringstagaren och de försäkrade om ändringen samt de nya villkoren.

En ändring som generellt kan anses vara obetydlig eller gynnsam för försäkringstagarna får genomföras utan att försäkringstagarna informerats särskilt om detta.

Minsta antal försäkrade

För att ett avtal om obligatorisk gruppörsäkring ska kunna ingås måste vid tidpunkten för tecknandet av avtalet antalet anställda som ska vara försäkrade i försäkringen uppgå till minst fem personer. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan gäller att de försäkrade ska ingå i en och samma förmånsgrupp. Dessa förutsättningar gäller även vid förnyelse av avtalet.

Undantag: Om avtalet är träffat inom ett avtal om TryggPlan – dock ej TryggPlan Total – gäller istället att det är tillräckligt att en person är försäkrad.

Vad krävs av den försäkrade?

Vid tecknandet av en frivillig gruppörsäkring, eller vid den tidpunkt då den försäkrade anmäls till en obligatorisk gruppörsäkring ska den försäkrade vara fullt arbetsför och ha fyllt 16 år, men inte 65 år. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan – dock ej TryggPlan Total – krävs dessutom att delmomentet premiebefrielse gäller för den försäkrade.

Under hela försäkringstiden ska den försäkrade uppfylla de förutsättningar som uppställs i gruppavtalet för att ingå i gruppen av försäkringsberättigade och

- vara folkbokförd och bosatt i Sverige, eller

- vara anställd och ha sin huvudsakliga sysselsättning i Sverige, men ha sin fasta bostättning i annat nordiskt land och besöka hemorten regelbundet.

Med regelbundet avses minst en hemresa per vecka.

En försäkrad kan omfattas av försäkringen längst t.o.m. det försäkringsår den försäkrade fyller 80 år, om försäkringen inte upphört av annan anledning dessförinnan.

Efter 70 års ålder gäller försäkringen endast för kostnader som uppstår efter det att remiss utfärdats av läkare enligt 4.2 och med självrisk enligt 4.4.

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan omfattas den försäkrade längst till 65 års ålder, eller till sin pensionsålder om denna inträder före 65 års ålder.

Observera: Om den försäkrade inte uppfyller dessa krav omfattas han eller hon inte av försäkringen.

När inträder Försäkringsbolagets ansvar?

Frivillig gruppörsäkring

Försäkringen börjar gälla från och med den första dagen i månaden efter den dag som Försäkringsbolaget beviljat försäkringen för den försäkrade.

Obligatorisk gruppörsäkring

Vid ingående av gruppavtal börjar försäkringen gälla för den försäkrade den första dagen i månaden efter den dag Försäkringsbolaget beviljat försäkringen för den försäkrade.

Om den försäkrade först efter att gruppavtalet har ingåtts uppfyller förutsättningarna för att tillhöra den försäkringsberättigade gruppen och förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, inträder Försäkringsbolagets ansvar den dag då den försäkrade uppfyller dessa förutsättningar.

Undantag: Om det framgår av ansökningshandlingarna eller på annat sätt att försäkringsavtalet ska börja gälla vid senare tidpunkt inträder Försäkringsbolagets ansvar vid den tidpunkten.

I sådana fall börjar försäkringen gälla vid den tidpunkten.

Krav på anmälan och avanmälan vid obligatorisk gruppörsäkring

Krav på anmälan

Vid ingående av gruppavtalet ska gruppföreträdaren anmäla de personer som tillhör gruppen av försäkringsberättigade, och som uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, till Försäkringsbolaget senast vid ett av Försäkringsbolaget anvisat datum.

Gruppföreträdaren ska även anmäla en försäkrad som först efter det att gruppavtalet ingåtts uppfyller förutsättningarna för att tillhöra gruppen av försäkringsberättigade, och som uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, senast vid ett av Försäkringsbolaget anvisat datum.

Om gruppföreträdaren inte anmäler samtliga försäkrade som uppfyller förutsättningarna för att tillhöra gruppen av försäkringsberättigade, och som uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, och premien därmed inte betalats i rätt tid har Försäkringsbolaget rätt att säga upp försäkringen till upphörande.

Referens: Beträffande uppsägning till följd av utbebliven eller försenad betalning, se 2. "Premier".

Krav på avanmälan

Om den försäkrade inte längre omfattas av försäkringen på grund av att han eller hon inte längre uppfyller de förutsättningar som uppställs i gruppavtalet för att ingå i gruppen av försäkrade, eller att den försäkrade inte längre uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, ska försäkringstagaren avanmäla den försäkrade senast månaden efter utträdet ur gruppen eller den tidpunkt då den försäkrade inte längre uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen.

Observera: Om ersättning har utbetalats när den försäkrade inte omfattades av försäkringen är försäkringstagaren återbetalningsskyldig.

Försäkringstiden

Om inte något annat har avtalats upphör försäkringen vid avtalstidens slut för gruppavtalet med gruppföreträdaren.

Försäkringstiden anges i försäkringsbekräftelsen och i förekommande fall i försäkringsbeskedet.

Förnyelse av försäkringen

Om inte annat avtalats förnyas försäkringen med ett år vid försäkringstidens slut genom att försäkringstagaren betalar den premie som Försäkringsbolaget underrättat försäkringstagaren om genom att skicka en avi till denne. Om högre premie eller ändrade villkor ska gälla för den nya försäkringen ska Försäkringsbolaget meddela detta senast i samband med att premieavin skickas.

Om Försäkringsbolaget inte önskar förnya försäkringsavtalet ska motparten skriftligen underrättas om detta senast 30 dagar före försäkringstidens slut.

Uppsägning av gruppavtalet

Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning av Försäkringsbolaget upphör försäkringen att gälla en månad efter det att meddelande om uppsägningen skickats till försäkringstagaren. Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning av gruppföreträdaren upphör försäkringen tidigast en månad efter det att uppsägningen kom till Försäkringsbolaget.

Efterskydd

Efterskydd innebär att försäkringen fortsätter att gälla trots att försäkringen har upphört på grund av att den försäkrade utträtt ur den försäkrade gruppen av annat skäl än att denne har uppnått ordinarie slutålder. Efterskydd gäller i tre månader efter det att försäkringen upphört, dock längst till ordinarie slutålder. Rätten till efterskydd gäller dock inte om försäkringen varit i kraft under kortare tid än sex månader och inte heller i den utsträckning den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare.

Momentet rehabilitering omfattas inte av efterskydd.

Referens: Beträffande den försäkrade gruppen, se 1. "Försäkringsavtalet".

Fortsättningsförsäkring

Om försäkringen har upphört på grund av att försäkringsbolaget sagt upp försäkringen till försäkringstidens utgång eller att gruppavtalet sagts upp har den försäkrade rätt att, inom tre månader, teckna en fortsättningsförsäkring med liknande omfattning som gällde då försäkringen upphörde. Rätten till fortsättningsförsäkring gäller dock inte om försäkringen har varit i kraft under kortare tid än sex månader och inte heller i den utsträckning den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare.

Om försäkringen har upphört på grund av att den försäkrade inte längre uppfyller kraven för att ingå i gruppen av försäkrade som uppställs i gruppavtalet har den försäkrade rätt att, inom tre månader, teckna en fortsättningsförsäkring med liknande omfattning som gällde när försäkringen upphörde. Rätten till fortsättningsförsäkring gäller dock inte om försäkringen har varit i kraft under kortare tid än sex månader.

Momentet rehabilitering omfattas inte av rätt att teckna fortsättningsförsäkring.

2. Premier

2.1 Allmänt om premie

Försäkringstagarens skyldighet när det gäller att upprätthålla försäkringsavtalet består i att betala premien på det sätt som försäkringsavtalet anger.

Beräkning av premie

Frivillig gruppörsäkring

För frivillig gruppörsäkring bestäms premien för försäkringstiden utifrån den försäkrades ålder.

Obligatorisk gruppörsäkring

För obligatorisk gruppörsäkring bestäms premien för avtalstiden för gruppavtalet. För obligatorisk gruppörsäkring uppgår premien till antalet anslutna försäkrade multiplicerat med årspremie för varje försäkrad. När den försäkrade ansluts till försäkringen under avtalstiden uppgår premien till den del av årspremie för den försäkrade som belöper på återstående försäkringstid.

Avtal om TryggPlan

När en obligatorisk gruppörsäkring är tecknad inom ett avtal om TryggPlan – dock ej TryggPlan Total eller TryggPlan Avtal Plus – bestäms premien utifrån den försäkrades ålder.

Premien räknas om på förfallodagen vid förnyelse av försäkringsavtalet respektive gruppavtalet. Vid förnyelse har Försäkringsbolaget rätt att ändra premien.

2.2 Premiebetalning

Premiebetalningen regleras i avtalet

Rättigheter och skyldigheter vid premiebetalning regleras i försäkringsavtalet. Av försäkringsbekräftelse och, i förekommande fall, fakturaspecifikation framgår den avtalade premien och premieförfallodagen.

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller det som framgår av TryggPlan-avtalet.

När ska premien betalas?

Premien ska betalas på den i fakturan eller på annat sätt, angivna förfallodagen.

Utebliven eller försenad betalning

Om premien inte betalas i rätt tid har Försäkringsbolaget rätt att säga upp försäkringen till upphörande. Uppsägningen får verkan 14 dagar efter den dag då uppsägningen avsändes, om inte premien betalas inom denna frist.

Återupplivning

Om dröjsmålet inte avser första premien och premien betalas inom tre månader från det att uppsägningen fått verkan, återupplivas försäkringen till att gälla enligt sin tidigare omfattning från och med dagen efter den dag då premien betalas. Beträffande obligatorisk gruppörsäkring kan återupplivning endast ske för hela gruppen.

Om försäkringstagaren begär att en försäkring, som på grund av dröjsmål med premiebetalning upphört att gälla, ska återupplivas, har Försäkringsbolaget rätt att ta ut en särskild avgift för att genomföra återupplivningen av försäkringen. Försäkringsbolaget fastställer återupplivningsavgiften löpande.

Avgift för särskild underrättelse vid obetald premie

Den försäkrade kan begära en särskild underrättelse från Försäkringsbolaget för det fall att försäkringen sägs upp på grund av obetald premie. Försäkringsbolaget har rätt att ta ut en avgift i samband med en sådan begäran. Försäkringsbolaget kan begära att avgiften erläggs särskilt av försäkringstagaren eller den försäkrade. Försäkringsbolaget fastställer avgiften för särskild underrättelse löpande.

Premieuppehåll vid tjänstledighet

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, föreligger det rätt till premieuppehåll vid tjänstledighet. Villkoren för detta regleras i villkoren för TryggPlan-avtalet.

Dröjsmålsränta

Om en premie inte betalas på förfallodagen har Försäkringsbolaget rätt att kräva dröjsmålsränta enligt räntelagen (1975:635).

3. Rätt till ersättning

3.1 Vad ersätter försäkringen?

Allmänt om rätt till ersättning?

- Försäkringen ersätter den försäkrades kostnader som föranletts av ett försäkringsfall, enligt vad som framgår av detta avsnitt. Med försäkringsfall avses som utgångspunkt sjukdom och olycksfallsskada som har uppkommit under försäkringstiden, läs mer om definitionen av försäkringsfall i ordlistan i avsnitt 9.
- Kostnaderna ska uppstå under försäkringstiden.
- Kostnaderna ska vara hänförliga till vård, ytterligare bedömning, hjälpmedel eller hemhjälp som tillhandahålls i Sverige, eller resor och logi i Sverige.

- Försäkringsbolaget kan komma att anvisa den försäkrade till en vårdgivare utomlands, varvid försäkringen med avvikelse från vad som gäller i övrigt lämnar ersättning för kostnaden för den aktuella vården.

Av respektive moment nedan framgår vilka ytterligare krav som uppställs för att rätt till ersättning ska föreligga för kostnaden.

Privat sjukvård

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader i privat öppen vård och/eller slutna vård av avser av läkare eller av annan behörig vårdpersonal utförd undersökning, vård och behandling vid sjukhus eller annan vårdinrättning. Undersökningen, vården eller behandlingen ska vara medicinskt motiverad och föreskriven av läkare. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

Ytterligare bedömning

När den försäkrades sjukdom eller olycksfallsskada har bedömts av läkare föreligger som huvudregel inte rätt till ersättning för kostnader för en ytterligare bedömning, så kallad second opinion.

Försäkrad som står inför svåra medicinska ställningstaganden, har dock rätt till en (1) ny bedömning från specialist i följande fall

- vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller olycksfallsskada
- om den försäkrade står inför valet att utsätta sig för särskilt riskfylld behandling, det vill säga att behandlingen i sig kan vara livshotande eller ge ökade bestående men utöver vad som följer av sjukdomen eller olycksfallsskadan.

Försäkringsbolaget avgör om kraven för att den försäkrade ska vara berättigad till en ytterligare bedömning är uppfyllda. En ytterligare bedömning tillhandahålls i form av Second Opinion i Sverige och/eller Global Second Opinion.

Observera! Försäkringen ersätter endast kostnader hänförliga till vård i Sverige. Den försäkrade har inte rätt till ersättning för kostnader hänförliga till vård utomlands, eller kostnader som uppkommer i samband med vård utomlands.

Second Opinion i Sverige

Den försäkrade undersöks på nytt av en specialist i Sverige.

Global Second Opinion

Den försäkrade undersöks inte på nytt utan den ytterligare bedömningen görs av en specialist, i Sverige eller utomlands, på befintliga journalhandlingar och övrigt relevant och tillgängligt medicinskt material.

Global Second Opinion för familjemedlem

Den försäkrades make/registrerade partner/sambo, eller den försäkrades barn som inte har fyllt 20 år kan, på de villkor som beskrivs nedan, vara berättigad till en ytterligare bedömning i form av Global Second Opinion. Dessa personer benämns nedan familjemedlemmar.

Försäkringen måste ha varit i kraft i minst två år innan den tidpunkt då familjemedlemmen får begära en ytterligare bedömning av specialist. Vid denna tidpunkt ska familjemedlemmen sedan minst två år ha varit folkbokförd på samma adress som den försäkrade. Därutöver gäller även för familjemedlemmen de allmänna förutsättningarna för att erhålla en ytterligare bedömning, se ovan.

Utöver möjligheten att få en ytterligare bedömning har familjemedlemmen inte rätt till ersättning från försäkringen, eller rätt att ta del av de service-moment som försäkringen tillhandahåller. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget.

Patientavgifter

- Försäkringen lämnar ersättning för
- patientavgifter upp till gällande högkostnadsskydd,
- avgifter för slutna vård på offentligt sjukhus.

Hjälpmedel

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för hjälpmedel som anses nödvändigt för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning. Hjälpmedel för stadigvarande bruk ersätts inte.

Hjälpmedlet ska vara godkänt av ansvarig hjälpmedelshuvudman och föreskrivet av behandlande läkare. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget.

Dietist

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för behandling hos dietist efter remiss från läkare. Behandlingen ska vara medicinskt motiverad. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och dietisten ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare. För samma försäkringsfall ersätts maximalt fem (5) behandlingstillfällen.

Behandling hos sjukgymnast, naprapat, kiropraktor

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för behandling hos sjukgymnast, naprapat eller kiropraktor efter remiss från läkare. Behandlingen ska vara medicinskt motiverad. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare. För samma försäkringsfall ersätts maximalt 15 behandlingstillfällen.

Behandling hos psykolog eller psykoterapeut

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för behandling hos psykolog eller psykoterapeut efter remiss från läkare. Behandlingen ska vara medicinskt motiverad. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare. För samma försäkringsfall ersätts maximalt tio (10) behandlingstillfällen.

Därutöver gäller att försäkringen under samma försäkringstid aldrig ersätter mer än tio (10) behandlingstillfällen för behandling som utförs av psykolog eller psykoterapeut, även när behandlingen avser olika försäkringsfall.

Eftervård/Medicinsk rehabilitering

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för medicinsk rehabilitering efter remiss från läkare och av läkare utförd eller föreskriven eftervård. För samma försäkringsfall lämnar försäkringen ersättning i högst sex månader efter det att eftervården eller den medicinska rehabiliteringen påbörjades. Om eftervården avser behandling i slutet vård lämnar försäkringen dock ersättning i högst 21 dagar efter det att eftervården påbörjades. Ersättning lämnas inte för vistelse på kur-, spa- eller liknande anläggning.

Om eftervården eller den medicinska rehabiliteringen avser sjukgymnastik lämnar försäkringen – utöver den ersättning som kan lämnas enligt momentet "Behandling hos sjukgymnast, naprapat, kiropraktor" – ersättning för högst tio (10) behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Kostnaden ska vara medicinskt motiverad och godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och Vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

Resor och logi

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga merkostnader för resor och logi på grund av privat slutet vård, slutet vård på offentligt sjukhus eller dagkirurgiska ingrepp i privat eller offentlig vård. Om särskilda skäl föreligger kan ersättning lämnas för sådana merkostnader även i samband med annan vård. Exempel på särskilda skäl är att den försäkrade är bosatt på stort avstånd från vårdgivaren. Försäkringsbolaget förbehåller sig rätten att från fall till fall avgöra om särskilda skäl föreligger.

Om det vid slutet vård av medicinska skäl anses nödvändigt, och även är föreskrivet av läkare, att anhörig medföljer den försäkrade, lämnas ersättning även för en sådan anhörigs merkostnader för resa och logi.

Hemhjälp

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för hemhjälp efter hemkomst från operation som kan ersättas av försäkringen. För samma sjukdom eller olycksfallsskada ersätts hemhjälp under en period av högst tio dagar med maximalt tolv timmar (inklusive resttid). Försäkringsbolaget ska i förväg godkänna rätten till hemhjälp.

Kristerapi

Utöver den ersättning som kan lämnas enligt momentet "Psykolog och psykoterapeut" lämnar försäkringen ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för kristerapi i form av behandling hos legitimerad psykolog eller psykoterapeut. Detta förutsätter att den försäkrade drabbats av en krisreaktion på grund av

- den försäkrades makes/makas/registerad partners/sambos eller barns död,
- överfall, hot, rån eller våldtäkt som riktats mot den försäkrade och som den försäkrade polisanmält. Dock lämnas inte ersättning i detta fall om den som utfört handlingen är anhörig till den försäkrade eller om handlingen riktades mot den försäkrade under dennes arbetstid.

Kostnaden ska godkännas av Försäkringsbolaget i förväg och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

För samma dödsfall eller våldshandling ersätts maximalt fem (5) behandlingstillfällen.

Vård i utlandet

Med avvikelse från vad som framgår i avsnittet "Allmänt om rätt till ersättning" gäller att försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för sjukvård i utlandet efter remiss från läkare vid ett läkarbesök som bokats av Försäkringsbolaget. Sjukvården utomlands ska vara medicinskt motiverad. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av

Försäkringsbolaget. Försäkringsbolaget bokar inte sjukvården i utlandet. Försäkringen lämnar ersättning för behandlingskostnaden i utlandet, dock maximalt med ett belopp som uppgår till kostnaden för motsvarande sjukvård i Sverige.

3.2 Vårdgaranti

Specialistläkare

När försäkringen lämnar ersättning för kostnader för besök hos specialistläkare inom privat sjukvård innehåller försäkringen en vårdgaranti som innebär att den försäkrade ska få besöka en specialistläkare inom Försäkringsbolagets vårdgivarnätverk inom sex (6) arbetsdagar. Tiden för vårdgarantin räknas från och med att remiss för specialistläkarvård har inkommit till Försäkringsbolaget.

Operation

När försäkringen ersätter kostnader för operation inom privat sjukvård innehåller försäkringen en vårdgaranti som innebär att den försäkrade ska få en operation genomförd inom 21 dagar. Tiden för vårdgarantin räknas från och med att Försäkringsbolaget godkänt operationen.

Ersättning

Om vårdgarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kronor per dygn från och med dagen efter den dag den försäkrade enligt vårdgarantin senast ska få besöka specialistläkare eller få en operation genomförd. Ersättning utgår till dess att operationen eller specialistläkarbesöket genomförts. För samma försäkringsfall lämnar försäkringen ersättning med ett belopp som uppgår till maximalt den senast erlagda årspremien för den försäkrades vårdförsäkring.

Vårdgarantin gäller inte om

- operationen måste senareläggas av medicinska skäl,
- den försäkrade inte accepterar erbjuden tid och plats för operation eller specialistläkarbesök,
- den försäkrade väljer ett annat operationsalternativ,
- den försäkrade tillsammans med behandlande läkare kommer överens om operation vid senare tidpunkt än 21 dagar.

3.3 Övertaganderegler

När den försäkrade har omfattats av en vårdförsäkring hos en annan försäkringsgivare gäller följande.

Även kostnader som är föranledda av försäkringsfall som har uppkommit innan försäkringstiden för Vårdförsäkring Kollektiv ersätts av Försäkringsbolaget, under förutsättning:

- att den försäkrade vid den tidpunkt då försäkringsfallet uppkom omfattades av den tidigare gällande försäkringen, och
- att försäkringsfallet medfört rätt till ersättning enligt villkoren för den tidigare gällande försäkringen, och
- att Vårdförsäkring Kollektiv börjar gälla för den försäkrade dagen efter den dag den tidigare gällande försäkringen upphört, och
- att Försäkringsbolaget bedömer att omfattningen av den tidigare gällande vårdförsäkringen motsvarar Vårdförsäkring Kollektiv.

Vårdförsäkring Kollektiv ersätter inte kostnader som är föranledda av försäkringsfall som, enligt villkoren för ansvarstid för den tidigare gällande försäkringen, kan ersättas av den försäkringen.

4. Valbar omfattning

4.1 Uppgradering

Gruppföreträdaren har i samband med ingående av gruppavtalet, eller vid förnyelse av avtalet, möjlighet att avtala att de försäkringar som tecknas baserat på avtalet ska uppgraderas. En sådan förändring ska gruppföreträdaren meddela skriftligen till Försäkringsbolaget senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekräftelsen och försäkringsbeskedet om försäkringen är uppgraderad.

Allmänt om rätt till ersättning

Utöver den ersättning som lämnas enligt 3.1 "Vad ersätter försäkringen?" ersätter en uppgraderad försäkring den försäkrades kostnader för de moment som anges i detta avsnitt. Av respektive moment framgår förutsättningarna för ersättning. Därutöver gäller även vad som framgår av "Allmänt om rätt till ersättning" i avsnitt 3.1.

Läkemedel

Försäkringen lämnar ersättning för av läkare föreskrivet, receptbelagt och subventionerat läkemedel upp till gällande högkostnadsskydd.

Medicinsk rehabilitering

Under samma förutsättningar som gäller för att försäkringen ska lämna ersättning för medicinsk rehabilitering enligt momentet "Eftervård/ Medicinsk rehabilitering" lämnar försäkringen ersättning för medicinska åtgärder som ska hjälpa den försäkrade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och återfå övriga förutsättningar för återgång till normalt liv i högst två år efter det att den medicinska rehabiliteringen påbörjades.

Hjälpmedel

Utöver den rätt till ersättning som framgår av momentet "Hjälpmedel" i avsnitt 3.1 lämnar försäkringen ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för hjälpmedel som kompenserar för funktionsnedsättning. Hjälpmedlet ska vara godkänt av ansvarig hjälpmedelshuvudman och föreskrivet av behandlande läkare.

Behandling hos sjukgymnast, naprapat, kiropraktor

Utän en i förväg bestämd maximal gräns för antalet besök lämnar försäkringen ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för behandling hos sjukgymnast, naprapat eller kiropraktor efter remiss från läkare. Kostnaden ska godkännas i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget.

Behandling hos psykolog eller psykoterapeut

Utän en i förväg bestämd maximal gräns för antalet besök lämnar försäkringen ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för behandling hos psykolog eller psykoterapeut efter remiss från läkare. Kostnaden ska godkännas i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget.

Missbruksavvänjning

Försäkringen ersätter kostnader upp till högst två (2) prisbasbelopp för en oavbruten behandlingsperiod vid diagnostiserat missbruk av alkohol, narkotika, medicin eller spel under förutsättning att det är medicinskt motiverat med behandling. Behandlingen ska anvisas och godkännas av Försäkringsbolaget i förväg och genomföras i Sverige.

Försäkringen täcker inte kostnader som uppkommer inom ett år från det att uppgraderingen började gälla för den försäkrade. Försäkringen täcker endast en behandlingsperiod oavsett diagnos till dess den försäkrade uppnår slutåldern för försäkringen.

4.2 Remisskrav

Gruppföreträdaren har i samband med ingående av gruppavtalet, eller vid förnyelse av avtalet, möjlighet att avtala att de försäkringar som tecknas baserat på avtalet ska gälla med remisskrav. En sådan förändring ska gruppföreträdaren meddela skriftligen senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekräftelsen om försäkringen gäller med remisskrav.

Remisskrav innebär att försäkringen inte täcker kostnader för vård, behandling eller rådgivning innan remiss till läkare inom specialistvården har utfärdats. Vid behov av vård ska den försäkrade vända sig till läkare inom primärvården. Läkare inom primärvården ska utföra en basal medicinsk utredning och/eller behandling som åläggs honom/henne som ansvarig läkare. Vad som ingår i basal medicinsk utredning/behandling är beroende av aktuell sjukdom och kan t ex. omfatta provtagning, röntgenundersökning, behandling eller annan undersökning.

Om det efter den basala medicinska utredningen framgår att vårdansvaret ska överföras till specialistvården utfärdar behandlande läkare inom primärvården därefter en remiss till läkare inom specialistvården.

Efter att remiss till specialistläkare utfärdats gäller för rätt till ersättning de förutsättningar som uppställs i avsnitt 3.1 "Vad ersätter försäkringen?". Den försäkrade ska ta kontakt med Försäkringsbolaget som hjälper till med planering och bokning av vård.

Försäkringen täcker inte kostnader för den basala medicinska utredningen.

För behandling hos psykolog eller psykoterapeut krävs dock inte att remissen har föregåtts av en basal medicinsk utredning och/eller behandling, utan det är tillräckligt att behandlande läkare inom primärvården bedömer att behandling hos psykolog eller psykoterapeut är nödvändig för det aktuella försäkringsfallet.

4.3 Hälsoundersökning

Gruppföreträdaren har i samband med ingående av gruppavtalet, eller vid förnyelse av avtalet, möjlighet att avtala att de försäkringar som tecknas baserat på avtalet ska omfatta försäkringsmomentet hälsoundersökning. En sådan förändring ska gruppföreträdaren meddela skriftligen senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekräftelsen och försäkringsbeskedet om försäkringen lämnar ersättning för den försäkrades kostnader för hälsoundersökningar.

Om försäkringen omfattar hälsoundersökningar lämnar försäkringen ersättning för den försäkrades kostnader för regelbundna hälsoundersökningar. Hälsoundersökning ersätts första gången när den försäkrade omfattats av försäkringsmomentet hälsoundersökning under en sammanhängande tid av tre hela försäkringsår. Därefter lämnas ersättning vart tredje år. Undersökningen ska i huvudsak omfatta

- undersökning och provtagning hos sjuksköterska
- läkarundersökning med rådgivning och genomgång av provsvar.
- Kostnaden ska vara hänförlig till hälsoundersökning som tillhandahålls i Sverige.

Försäkringsbolaget ska alltid kontaktas för att i förväg godkänna kostnaden och anvisa vårdgivare.

4.4 Självrisk

Försäkringen gäller med en självrisk om 500 kronor. Gruppföreträdaren har i samband med ingående av gruppavtalet, eller vid förnyelse av avtalet, möjlighet att avtala att försäkringen ska gälla med en självrisk om 1 000 kronor. En sådan förändring ska gruppföreträdaren meddela skriftligen senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Självrisakens storlek framgår av försäkringsbekräftelsen och i förekommande fall av försäkringsbeskedet.

Vid det första tillfälle som Försäkringsbolaget bokar in den försäkrade för vård av en sjukdom eller olycksfallsskada ska denne uppge sitt bank- eller kreditkortnummer. På kontot som är knutet till bank- eller kreditkortet ska vid bokningstillfället finnas tillgängligt ett belopp motsvarande självrisken för den anmälda sjukdomen eller olycksfallsskadan. Försäkringsbolaget debiterar kontot för självrisken.

Om beloppet saknas på kontot vid bokningstillfället kan vården inte bokas.

4.5 Utlandsanställd

En försäkringstagare som tecknar försäkring för sina anställda kan avtala att försäkringen ska lämna ersättning för vårdkostnader för anställd som, på grund av tillfällig anställning utomlands, inte längre är folkbokförd och bosatt i Sverige. En sådan förändring ska försäkringstagaren meddela skriftligen senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Den försäkrade ska vara svensk medborgare. Den försäkrade måste vara folkbokförd och bosatt i Sverige omedelbart innan utlandsvistelsen påbörjas och under utlandsvistelsen vara anställd i ett dotterbolag enligt aktiebolagslagen (2005:551), eller en filial, till ett företag med säte i Sverige.

Undantag: Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller försäkringen aldrig för en försäkrad som är utlandsanställd.

Rätt till ersättning

Försäkringen lämnar ersättning för kostnader i Sverige för de försäkringsmoment som försäkringstagaren har avtalat att försäkringen ska omfatta. Det framgår av försäkringsbekräftelsen och försäkringsbeskedet vilka försäkringsmoment försäkringen lämnar ersättning för.

Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader i den försäkrades nya hemviststat och inte heller för hemresa till Sverige från den nya hemviststaten.

4.6 Rehabilitering

En försäkringstagare som tecknar försäkring för sina anställda har i samband med tecknandet av försäkringen, eller i samband med förnyelse av försäkringen, möjlighet att avtala att försäkringen ska lämna ersättning för arbetslivsanpassad rehabilitering. En sådan förändring ska försäkringstagaren meddela skriftligen till Försäkringsbolaget senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekräftelsen, och i förekommande fall av försäkringsbeskedet, om försäkringen ersätter sådana kostnader. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller avtalet om rehabilitering de försäkrade som ingår i en och samma förmånsgrupp.

För vem gäller rehabilitering?

Försäkringen gäller för försäkringstagaren i dennes egenskap av ansvarig för rehabilitering av anställd.

Försäkringsvillkor

För momentet rehabilitering gäller de förutsättningar som framgår av detta avsnitt. När det saknas särskild reglering i detta avsnitt gäller vad som framgår av villkoren i övrigt.

Vilka försäkrade kan omfattas av rehabilitering?

En förutsättning för att en försäkrad ska kunna omfattas av momentet rehabilitering är att försäkringstagaren är rehabiliteringsansvarig för den försäkrade.

Allmänt om rätt till ersättning

Försäkringen ersätter försäkringstagarens nödvändiga och skäliga kostnader för arbetslivsanpassad rehabilitering till följd av försäkringsfall, om

- den anställda har varit frånvarande från arbetet under längre tid än 28 dagar i följd,
- den anställda har avbrutit sitt arbete vid minst sex tillfällen på grund av kortare sjukperioder under ett kalenderår,
- det medicinskt kan konstateras att det finns en uppenbar risk för att frånvaro enligt ovan kommer att inträffa.

Beträffande definitionen av försäkringsfall, se ordlistan i avsnitt 9.

Samtliga kostnader ska vara godkända i förväg av Försäkringsbolaget.

Med arbetslivsanpassad rehabilitering avses rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsåtgärder.

Rehabiliteringsutredning

Vid försäkringsfall ersätter försäkringen försäkringstagarens nödvändiga och skäligen kostnader för arbetslivsanpassad rehabiliteringsutredning.

Med arbetslivsanpassad rehabiliteringsutredning avses åtgärder för att underlätta för en anställd att återgå i arbetet. Den rehabiliteringsledare som utför rehabiliteringsutredningen ska utses av Försäkringsbolaget.

Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget. Utredningen ska vara en följd av försäkringstagarens lagstadgade ansvar för att de anställdas behov av rehabilitering kartläggs, och utgörs av

- kartläggning som behövs för att identifiera den försäkrades behov av rehabilitering, som utförs av utsedd rehabiliteringsledare och av rehabiliteringsledaren anlitad specialist,
- rehabiliteringsledarens deltagande i ett möte mellan arbetsgivaren, Försäkringskassan och andra intressenter, när mötet är en förutsättning för att kunna upprätta förslag till rehabiliteringsplan,
- rehabiliteringsledarens framtagande av förslag till utlåtande om möjligheten att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga inom försäkringstagarens verksamhet efter rehabilitering,
- rehabiliteringsledarens framtagande av rehabiliteringsplan,
- rehabiliteringsledarens avrapportering till arbetsgivaren avseende den försäkrades status efter avslutat försäkringsfall,
- provtagning, utredning och förslag till behandling när det finns skäligen misstanke om missbruk hos anställd.

Med avvikelse från de förutsättningar som uppställs för ett försäkringsfall enligt definitionen i ordlistan i avsnitt 9, gäller beträffande momentet Rehabiliteringsutredning att ersättning lämnas för sådan utredning vid sjukdom eller olycksfallsskada som visar symtom under försäkringstiden.

Rehabiliteringsåtgärder

Samtliga rehabiliteringsåtgärder ska vara godkända i förväg av Försäkringsbolaget och ingå i den av rehabiliteringsledaren framtagna rehabiliteringsplanen.

Samtalssterapi

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för behandling hos psykolog eller legitimerad psykoterapeut i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete. Försäkringen ersätter maximalt tre (3) behandlingstillfällen för samma försäkringsfall. Om den försäkrade har en arbetsrelaterad psykosocial funktionsnedsättning lämnar försäkringen ersättning för ytterligare maximalt 12 behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Sjukgymnast/kiropraktor/naprapat

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för behandling hos sjukgymnast/kiropraktor/naprapat i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete. Försäkringen ersätter maximalt tio (10) behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Funktionsanalys

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för bedömning av sjukgymnast eller arbetsterapeut i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete. Bedömningen ska inte utgöra sjukvård. Försäkringen ersätter maximalt sex (6) timmars funktionsanalys för samma försäkringsfall.

Arbetsplatsanalys

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för arbetsplatsanalys av ergonom, sjukgymnast eller arbetsterapeut. Analysen ska göras ur ett ergonomiskt perspektiv i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete. Försäkringen ersätter maximalt sex (6) timmars arbetsplatsanalys för samma försäkringsfall.

Arbetsplatsanpassning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för anpassning av ordinarie arbetsplats som framgår av rehabiliteringsplan fastställd av Försäkringskassan.

Arbetsträning och arbetsprövning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för arbetsträning eller arbetsprövning som framgår av rehabiliteringsplan fastställd av Försäkringskassan.

Yrkeslivsplanering

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för yrkeslivsplanering i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete hos befintlig arbetsgivare. Försäkringen ersätter maximalt åtta (8) timmars yrkeslivsplanering för samma försäkringsfall.

Specialistläkarbedömning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för bedömning av specialistläkare i samband med kartläggning av rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsåtgärder i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete. Bedömningen ska inte utgöra sjukvård. Försäkringen ersätter maximalt två (2) bedömningstillfällen för samma försäkringsfall.

Tekniska hjälpmedel

Försäkringen lämnar ersättning för försäkringstagarens nödvändiga och skäligen kostnader för personliga arbetstekniska hjälpmedel. Hjälpmedlens användningsområde ska i huvudsak vara knutet till den anställdes arbetsuppgifter och vara nödvändiga för att denne ska klara arbetet. Behovet av hjälpmedlen ska framgå av rehabiliteringsplan fastställd av Försäkringskassan.

Missbruksavvänjning

När skäligen misstanke finns om missbruk hos anställd avseende alkohol eller narkotika, lämnar försäkringen ersättning för kostnader för en oavbruten behandlingsperiod, under förutsättning att behandlingen är medicinskt motiverad. Ersättning lämnas med maximalt två (2) prisbasbelopp. Försäkringen täcker endast en behandlingsperiod oavsett diagnos till dess den försäkrade uppnår slutåldern för försäkringen.

Kostnader som inte ersätts

Resekostnader

Försäkringen lämnar inte ersättning för resor med anledning av rehabiliteringen.

Samordningskostnader

Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader för samordning och utredning i samband med varsel och uppsägning, avskedande, permittering eller liknande.

Rekrytering och coaching

Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader för individuell vägledning, rekrytering, rådgivning och coaching beträffande ny anställning eller karriär i samband med omställning

Övriga begränsningar

I övrigt gäller de begränsningar som framgår av avsnitt 7.2-7.5.

Ansvarstid

För samma försäkringsfall lämnas ersättning under ett år räknat från den dag rehabiliteringsutredningen påbörjades.

Högsta ersättning

För samma försäkringsfall lämnas ersättning med höst sex (6) prisbasbelopp inom ramen för rehabiliteringsmomentet.

Förutsättningar för ersättning

Försäkringstagaren är skyldig att på anmodan styrka ersättningskravet genom att lämna de upplysningar som står till buds, tillhandahålla verifierationer, bevis och andra handlingar som behövs för att bedöma Försäkringsbolagets ansvarighet och ersättningsens storlek. I övrigt gäller vad som framgår av avsnitt 8. "Utbetalning".

Ersättning för rehabilitering betalas till försäkringstagaren.

5. Service och rådgivning

Vårdservice

Den försäkrade får tillgång till medicinsk rådgivning per telefon av legitimerade sjuksköterskor vid de tider som anges i försäkringsbekräftelsen och/eller försäkringsbeskedet.

Reseservice

När försäkringen lämnar ersättning för resor och logi ingår reseservice. Reseservice innebär att Försäkringsbolaget hjälper till med rese- och hotellbokning för den försäkrade samt en medföljande anhörig.

Vaccinationsrådgivning

Försäkringen ger den försäkrade tillgång till Försäkringsbolagets vårdgivarnätverk som hjälper den försäkrade med information om vaccination inför en planerad och bokad utlandsvistelse samt hjälper den försäkrade att boka tid för vaccination. Försäkringen lämnar inte ersättning för vaccin eller övrig kostnad för vaccination.

6. Ansvarstid och högsta ersättning

Ansvarstid

Ersättning lämnas så länge försäkringen är i kraft. För försäkringsfall som uppkommit innan försäkringen upphört är ansvarstiden dock alltid minst ett år räknat från skadedatum.

När försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller för sjukdomar eller olycksfallsskador som uppkommit innan ett premieuppehåll för tjänstledighet att ansvarstiden är minst ett år räknat från skadedatum.

Högsta ersättning

För samma försäkringsfall lämnar försäkringen maximalt ersättning med det belopp som framgår av försäkringsbekräftelsen eller försäkringsbeskedet.

7. Begränsningar i rätten till ersättning

7.1 Viss vård och vissa behandlingar med mera

Ersättning lämnas inte för:

- kontroll och åtgärder som föranleds av havandeskap, förlossning, abort, sterilisering, fertilitetsutredning och behandling av infertilitet
- vaccination och hyposensibilisering
- kostnader för transplantation av inre organ
- tandvårdskostnader och bettfysiologisk utredning och behandling.
- kontroller som inte har samband med sjukdom eller olycksfallsskada
- kosmetiska behandlingar och operationer eller följder därav, dock ersätts bröstrekonstruktion vid bröstcancer och plastikkirurgi vid vanprydande ärr i ansiktet, under förutsättning att behandlingen och operationen är en följd av ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada
- glasögon och linser samt operativt ingrepp inklusive laserkirurgi i syfte att korrigera ögons refraktionsfel (brytningsfel)
- behandlingskostnader för snarkning där det av utredningen framgår att den försäkrade inte lider av sömnapné
- behandlingar utförda av vårdgivare som inte är legitimerade
- alternativa behandlingsformer som inte vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet.

7.2 Kostnader som ersätts från annat håll

Ersättning lämnas inte för kostnader som ersätts enligt allmän lag eller författning, konvention eller från annan försäkring.

7.3 Uteblivna besök

Ersättning lämnas inte för kostnader för uteblivna besök.

7.4 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador

Särskilda sjukdomar

Försäkringen gäller inte för

- sjukdom som omfattas av smittskyddslagen
- demenssjukdom, efter det att diagnos har fastställts av läkare
- neuropsykiatriska diagnoser som t ex ADHD, ADD eller liknande
- fetma, övervikt eller undervikt samt följder därav. Dock ersätts behandling hos dietist enligt avsnitt 3.1, under förutsättning att övervikten överstiger BMI 33 eller att undervikten understiger BMI 19.

Särskilt riskfylld verksamhet

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som har samband med att den försäkrade deltar i sport-, idrotts-, äventyrs-, expeditions- eller annan riskfylld sysselsättning, som inte kan anses som motions- eller fritidssysselsättning i normal omfattning och intensitet.

Exempel på sådana sysselsättningar är när den försäkrade

- under träning eller tävling utövar sport- eller idrottsverksamhet om den försäkrade uppstår inkomst på grund av denna (med inkomst jämställs bidrag från sponsorer).
- under träning eller tävling utövar sport- eller idrottsaktivitet på elitnivå (t.ex. div II eller högre)
- deltar i träning eller tävling under idrottsutbildning t.ex. idrottsgymnasium
- Utövar motorsport
- Utövar kampsport, boxning, karate, thaiboxning, kickboxning eller liknande aktiviteter
- Utövar verksamhet som stuntman eller luftakrobat
- Utövar bergsklättring, dykning, fallskärmshoppning, ballong-, glid eller drakflygning eller liknande aktivitet.

Missbruk eller kriminell handling

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada

- som orsakats av alkohol, dopingpreparat, andra berusningsmedel, narkotiska preparat, felaktigt bruk av läkemedel eller till följd av spelmissbruk.
- som är en följd av att den försäkrade medverkar i brottslig verksamhet som är straffbar enligt svensk lag.

Krig, politiska oroligheter eller liknande

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som beror på krig eller politiska oroligheter och som drabbar den försäkrade då han eller hon vistas i område där sådana förhållanden råder, oavsett om den försäkrade aktivt deltar i kriget eller oroligheterna eller inte. Utbryter krig eller oroligheter när den försäkrade vistas i området, gäller inskränkningen inte under vistelsens första månad, under förutsättning att den försäkrade inte deltar i kriget eller oroligheterna. Försäkringen gäller inte heller för sjukdom eller olycksfallsskada som inträffar inom ett år räknat från hemkomsten efter sådan vistelse om sjukdomen/olycksfallsskadan kan anses ha inträffat till följd av kriget eller oroligheterna.

Om Utrikesdepartementet har avrått från att resa till ett område, men den försäkrade trots denna rekommendation reser dit gäller inte försäkringen för sjukdom eller olycksfallsskada som inträffar när den försäkrade vistas i detta område, under den tid som Utrikesdepartementets avrådande kvarstår.

Atomkärnprocess

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada vars uppkomst eller omfattning har samband med atomkärnprocess, t ex kärnklyvning, kärnsammansmältning eller radioaktivt sönderfall.

7.5 Övriga begränsningar

Force majeure

Försäkringsbolaget är inte ansvarigt för sådan skada som beror på lagbud, myndighets åtgärd, krigshändelse eller terrorhandling eller någon annan liknande omständighet. Försäkringsbolaget är inte heller ansvarigt för skada som beror på strejk, blockad, lockout eller annan liknande omständighet, även om Försäkringsbolaget självt vidtar eller är föremål för någon sådan konfliktåtgärd. Vidare är Försäkringsbolaget inte skyldigt att i andra fall ersätta skada som uppstår, om Försäkringsbolaget har varit normalt aktsamt.

Uppsätligt framkallande

Om den försäkrade uppsätligen har framkallat ett försäkringsfall, är Försäkringsbolaget fritt från ansvar.

Om den försäkrade orsakat försäkringsfallet genom grov vårdslöshet, har Försäkringsbolaget rätta att sätta ned ersättningen såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till den försäkrades förhållanden och omständigheterna i övrigt.

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

Försäkringstagaren och den försäkrade är enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) skyldiga att på begäran av försäkringsbolaget lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om en försäkring ska meddelas, utvidgas eller förnyas. I lagen regleras konsekvenserna av att försäkringstagaren lämnar någon uppgift som är oriktig eller ofullständig.

Svikligt förfarande m.m.

Om försäkringstagaren förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är försäkringsavtalet ogiltigt. Premier som har betalats under försäkringstiden återbetalas inte.

Oriktiga uppgifter i övrigt

Om försäkringstagaren eller den försäkrade annars uppsätligen eller av oaktsamhet som inte är ringa lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse gäller följande.

Om Försäkringsbolaget med kännedom om det rätta förhållandet inte till någon del skulle ha träffat försäkringsavtal med försäkringstagaren, ger försäkringen inte någon rätt till ersättning för kostnader för sjukdom eller olycksfallsskada. Premier som har betalats under försäkringstiden återbetalas inte. Om Försäkringsbolaget med kännedom om det rätta förhållandet skulle ha träffat försäkringsavtal med försäkringstagaren, men mot en högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, gäller följande. Försäkringsbolagets ansvarighet är begränsad till vad den avtalade premien motsvarar om detta beaktas och/eller om man tillämpar de villkor som skulle ha tagits med i försäkringsavtalet.

Premier som har betalats under försäkringstiden återbetalas inte.

Oriktiga uppgifter vid sjukdom eller olycksfallsskada

Om den försäkrade eller någon annan som begär ersättning efter en sjukdom eller olycksfallsskada uppsätligen eller av grov vårdslöshet oriktigt har uppgivit eller förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning, kan ersättningen till denne sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Dubbelförsäkring

Om intresse som omfattas av denna försäkring är försäkrat även genom annan försäkring har Försäkringsbolaget inte något ersättningsansvar för sjukdomen/olycksfallsskadan. Om det även i den andra försäkringen finns förbehåll vid dubbelförsäkring, gäller samma förbehåll för båda försäkringarna. Ansvarigheten fördelas då mellan försäkringarna.

Vård, behandling eller rådgivning

Försäkringsbolaget ansvarar inte för den undersökning, vård eller behandling som utförs, den rådgivning som lämnas eller den diagnos som fastställs av vårdgivare som Försäkringsbolaget förmedlar genom försäkringen eller av övriga vårdgivare som försäkringen lämnar ersättning för. Eventuella klagomål ska riktas mot den som utför undersökningen, vården eller behandlingen, lämnar rådgivningen eller fastställer en diagnos.

8. Utbetalning

Förutsättningar för ersättning

Om den försäkrade har anledning anta att han eller hon drabbas av sjukdom eller olycksfallsskada ska läkare genast anlitas. Den försäkrade ska stå under regelbunden uppsikt av läkare samt följa dennes föreskrifter. I förekommande fall ska den försäkrade följa de anvisningar som Försäkringsbolaget har lämnat i samråd med läkare.

De handlingar och övriga upplysningar som har betydelse för bedömningen av Försäkringsbolagets ansvarighet ska på begäran anskaffas och skickas in utan någon kostnad för Försäkringsbolaget.

Den som begär ersättning ska i övrigt följa Försäkringsbolagets anvisningar om medverkan i utredning av sjukdomen eller olycksfallsskadan.

För att fastställa rätten till ersättning kan Försäkringsbolaget föreskriva att den försäkrade ska låta undersöka sig hos en särskilt anvisad läkare. Försäkringsbolaget ersätter kostnaderna för en sådan särskild undersökning och det utlåtande eller intyg som utfärdas i samband med den.

Medgivande att begära in upplysningar

Om Försäkringsbolaget begär det ska den försäkrade lämna sitt medgivande till att Försäkringsbolaget begär in upplysningar från nuvarande, tidigare och tillkommande arbetsgivare samt läkare, sjukhus, någon annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller någon annan försäkringsinrättning, detta för att kunna bedöma sin ansvarighet.

Mottagare

Försäkringsbolaget avgör om ersättningen ska utbetalas till den försäkrade eller till den vårdgivare som har anlitats. Ersättning för rehabilitering kan också betalas till försäkringstagaren

Tidpunkt för utbetalning

Utbetalning ska ske senast en månad efter det att rätten till ersättning inträtt och den som gjort anspråk på ersättning har fullgjort sina skyldigheter enligt dessa villkor.

Om det finns anledning att utreda Försäkringsbolagets betalnings-skyldighet och mot vem denna ska fullgöras, behöver Försäkringsbolaget dock inte göra utbetalningen förrän en månad efter det att utredningen har avslutats. Utredningen ska bedrivas skyndsamt.

Dröjsmålsränta

Försäkringsbolaget betalar dröjsmålsränta enligt räntelagen på belopp som betalas ut senare än vad som framgår enligt ovan. Ränta betalas från den dag då utbetalningen skulle ha skett och så länge som beloppet står kvar i Försäkringsbolagets förvaltning.

Utbetalning: Räntan betalas ut samtidigt som ersättningsbeloppet. Om den ränta som ska betalas ut är mindre än 100 kronor betalas dock inte någon ränta ut.

Övertagande av rätt till ersättning

Om Försäkringsbolaget har betalat ersättning för försäkringstagaren eller den försäkrades kostnader och dessa kostnader ska ersättas enligt lag, författning eller från annan försäkring, övertar Försäkringsbolaget försäkringstagarens rätt till sådan ersättning.

9. Ordlista

Ord	Förklaring
Anhörig	Med anhörig avses make, registrerad partner, sambo, barn, förälder eller syskon.
Behandlingsfri	Med behandlingsfri avses att den försäkrade inte behöver vård, medicinering, behandling eller behöver genomgå kontroller på grund av aktuell sjukdom eller olycksfallsskada. Försäkrad som har tid utsatt hos vårdgivare för återbesök/-kontroll till följd av sjukdom/olycksfallsskada anses inte i något fall vara behandlingsfri.
EES-stat	En stat som är medlem av Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). I EES ingår samtliga EU-länder och EES-länderna Island, Norge och Liechtenstein.
Fullt arbetsför	Med fullt arbetsför menas att den anställde kan fullgöra ett vanligt arbete utan inskränkningar, inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren, inte uppbär ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning, handikapp-ersättning eller liknande ersättning) och inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. Vidare gäller att den anställde inte ska ha haft nedsatt arbetsförmåga mer än 14 dagar i följd under de senaste 3 månaderna.
Försäkrad	En person vars sjukdom eller olycksfallsskada försäkringen gäller för.
Försäkrings-bekräftelse	Skriftlig bekräftelse på att ett försäkringsavtal har träffats och som skickas till försäkringstagaren.
Försäkringsbesked	Skriftlig bekräftelse på att ett försäkringsavtal har träffats och som skickas till den försäkrade.
Försäkringsfall	Med försäkringsfall avses sjukdom eller olycksfallsskada som har uppkommit under försäkringstiden. Ett försäkringsfall anses ha uppkommit då sjukdomen eller olycksfallsskadan första gången gav symtom. Dock anses en sjukdom eller olycksfallsskada ha uppkommit då den försäkrade första gången besökt läkare, eller fått vård eller medicinering för sjukdomen eller olycksfallsskadan, om symtom ännu inte uppkommit vid den tidpunkten. Med försäkringsfall avses även sjukdomar och olycksfallsskador som ursprungligen har uppkommit före försäkringstiden, men som ger symtom under försäkringstiden. Detta förutsätter dock att den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst två år. För rehabilitering i avsnitt 4.6 förutsätts att den försäkrade ha varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst sex månader. Sjukdomar eller olycksfallsskador med ett medicinskt samband räknas som samma försäkringsfall. Detta gäller dock inte om den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst ett år.
Försäkringsrisk	Den risk Försäkringsbolaget tar för att behöva betala ut ersättning för de kostnader som den aktuella försäkringen lämnar ersättning för.
Försäkringstagare	Den som äger försäkringen.
Hemorten	Med hemorten avses den ort där den försäkrade är folkbokförd.

Ord (forts.)	Förklaring (forts.)
Legitimerad vårdgivare	Med legitimerad vårdgivare avses den som uppfyller kraven på legitimation i 4 kap patientsäkerhetslagen (2010:659).
Olycksfallsskada	Med olycksfallsskada avses kroppsskada som drabbat den försäkrade ofrivilligt genom plötslig yttre händelse.
Prisbasbelopp	Prisbasbeloppet, enligt socialförsäkringsbalken [2010:110], är ett tal som visar prisutvecklingen, inflationen, i samhället. Det fastställs varje år av regeringen efter beräkning av Statistiska Centralbyrån.
Remiss	Med remiss avses en skriftlig hänvisning utfärdad av läkare i Sverige.
Rehabiliteringsledare	Med rehabiliteringsledare menas en person som har en högskoleutbildning med rehabiliteringsinriktning såsom t.ex. sjukgymnast eller arbetsterapeut samt en utbildning till auktoriserad rehabiliteringsledare. Rehabiliteringsledarens primära roll är att stödja sjukskrivna individer i rehabiliteringsprocessen för att underlätta återgång i arbete.
Skadedatum	Med skadedatum avses det datum sjukdomen eller olycksfallsskadan anmälts till Försäkringsbolaget. Om kostnaden har uppstått innan tidpunkten för anmälan avses med skadedatum istället den tidpunkt då kostnaden uppstod.
Sluten vård	Med sluten vård avses sjukvård som kräver sängplats med en eller flera övernattningar.
Symtom	Med symtom avses tecken på att sjukdom finns eller håller på att bryta ut.
Öppen vård	Med öppen vård avses sjukvård som inte kräver sängplats med övernattning.

Om du inte är nöjd

Kontakta oss

Vår strävan är att du som kund alltid ska vara nöjd med oss. Om något inte har fungerat som det ska, vill vi förstås veta varför. Om du är missnöjd med ett beslut eller handläggningen i ett ärende kan du därför alltid vända dig till oss.

Börja alltid med att kontakta den person eller avdelning som har handlagt ditt ärende. Vi får då också möjlighet att se över ditt ärende igen. Om du behöver hjälp att hitta rätt person eller avdelning kan du kontakta vår växel på telefon 0771-62 10 00.

Om du fortfarande inte är nöjd efter beslut av din handläggare, kan du vända dig till Klagomålsansvarig för att få en överprövning av ditt ärende. För att Klagomålsansvarig ska kunna hjälpa dig på bästa sätt ber vi dig skriftligen meddela oss ditt personnummer/försäkringsnummer och vad ditt klagomål gäller samt vem du har varit i kontakt med tidigare.

SEB, Pension & Försäkring, Klagomålsansvarig, 106 40 Stockholm, klaga@seb.se

Andra instanser

Du har även möjlighet att kontakta instanser utanför försäkringsbolaget.

Konsumentvägledaren i din hemkommun lämnar kostnadsfritt information och råd i bank- och försäkringsfrågor till konsumenter.

Konsumenternas Försäkringsbyrå lämnar kostnadsfritt upplysningar och råd i försäkringsfrågor till konsumenter.

Konsumenternas Försäkringsbyrå, Box 24215, 104 51 Stockholm, telefon 0200-22 58 00, www.bankforsakring.konsumenternas.se

Konsumentverket lämnar från den 1 mars 2015 webbaserad konsumentupplysning genom

Hallå konsument (www.hallakonsument.se).

Personförsäkringsnämnden avger rådgivande yttrande i tvister mellan konsumenter och försäkringsbolag avseende sjuk-, olycksfalls- och livförsäkring i de fall där det krävs medicinska bedömningar.

Personförsäkringsnämnden, Box 24067, 104 50 Stockholm, telefon 08-522 787 20.

Allmänna reklamationsnämnden (ARN) lämnar rekommendationer på hur tvister mellan konsumenter och näringsidkare bör lösas. ARN prövar dock inte tvister som rör försäkring, i den mån tvisten rör tecknande och bibehållande av försäkringen eller livförsäkringsärenden där prövningen avser medicinska bedömningar. En eventuell anmälan till ARN måste göras inom sex månader från det att försäkringsbolaget slutgiltigt avisat ditt krav.

Allmänna reklamationsnämnden (ARN), Box 174, 101 23 Stockholm, telefon 08-508 860 00, www.arn.se

Domstol

Slutligen kan ett ärende alltid hänskjutas till rättslig prövning vid allmän domstol.

Ytterligare information om domstolsväsendet kan du få av *Domstolsverket, 551 81 Jönköping, telefon 036-15 53 00, fax 036-16 57 21, www.domstol.se*