



Storkollektiv 1

Vägledning och försäkringsvillkor
(Obligatorisk grupppersonförsäkring)

Oslo 2007-02-01

Storkollektiv 1

Om detta häfte

Detta häfte innehåller alla villkor som gäller din försäkring, inklusive försäkringsvillkor för försäkringar som kan avtalas i *Storkollektiv 1*.

Med DKV Hälsa avses Storebrand Helseforsikring AS Norge filial, Rålambsvägen 17, 14 tr., S-100 26 Stockholm, telefon +46 8 619 62 00, www.dkvhalsa.se, org.nr. 516402-6998, registrerad i Filialregisteret.

DKV Hälsa säljer denna försäkring för Storebrand Helseforsikring AS, Filipstad Brygge 1, Postboks 1382 Vika, N-0114 Oslo, telefon +47 22 31 13 30, www.storebrandhelse.no, org.nr. 980 126 196, registrerat i Foretaksregisteret, Brønnøysund.

Ett gott råd:

Läs noga igenom försäkringsbrevet och de villkor som gäller. Vilka villkor som gäller för det enskilda avtalet framgår av de villkorsnummer som är angivna i försäkringsbrevet.

Om det är något du inte förstår eller om något skiljer sig från det som du anser ingår i avtalet, bör du snarast kontakta DKV Hälsa per telefon eller e-post.

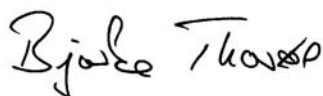
Vi föreslår att du förvarar dessa dokument på en lättillgänglig plats, så att du lätt hittar dem när du behöver. Försäkringskortet bör du förvara på sådant sätt att du alltid har det tillgängligt.

Om du inte läser allt som står i detta häfte när du får det, vill vi ändå uppmana dig att läsa kapitlet *Hur du använder Storkollektiv 1* på sidan 4, eftersom det kan bespara dig onödigt besvär.

Om du skulle ha frågor som du inte får svar på i detta häfte ber vi dig att du ringer eller skickar ett e-postmeddelande så vi kan hjälpa dig.

Ring tel. 08-619 62 00 eller skriv till: info@dkvhalsa.se

Med vänliga hälsningar
Storebrand Helseforsikring AS



Bjarke Thorøe
Verkställande Direktör

Innehåll

Storkollektiv 1	2
Innehåll	3
Hur du använder Storkollektiv 1	4
Definitioner och förklaringar	5
Översikt över tjänster som täcks	7
Undantag och begränsningar	8
<u>Särskilda villkor</u>	
- Inläggning på sjukhus med operation, 05.01.02	9
- Dagkirurgi, nr 05.02.02	11
- Läkarbehandling, nr 05.04.02	13
- Cancerbehandling nr 05.05.02	15
- Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling nr 05.06.02	17
- Krisstöd, nr 05.08.02	19
- Psykologibehandling, nr 05.09.02	21
Allmänna villkor, nr 12.00.02	23
Hur du gör om du har klagomål	27

Hur du använder Storkollektiv 1

Försäkringar

I försäkringsbrevet kan du se vilka moment som omfattas av din försäkring. Vilka villkor som gäller för ditt avtal framgår av de villkorsnummer som är specificerade i försäkringsbrevet. Är det något som är oklart kan du kontakta vår HelpLine på tel. 08-619 6200. Utifrån omfattningen av din försäkring (framgår av ditt försäkringsbrev), kan du använda din försäkring enligt nedan:

Inläggning på privatsjukhus och dagkirurgi

Om du blir remitterad till inläggning på sjukhus med övernattnings för operation, till cancerbehandling, eller till dagkirurgi, skall en kopia av remissen skickas till DKV Hälsa. HelpLine kommer då att hjälpa dig att hitta aktuella privatsjukhus eller läkare du kan välja mellan. HelpLine kommer att kontakta dig efter samtal med sjukhuset eller specialisten och avtala tidpunkt för inläggning eller behandling. Därefter bekräftar och godkänner vi skriftligen att vi täcker kostnader för inläggningen och behandling till sjukhuset eller specialisten med kopia till dig.

Inläggning på sjukhus eller dagkirurgi som skall betalas av försäkringen måste på förhand avtalas och godkännas av HelpLine. Det ger dig garanti för snabb, god och betryggande tillgång till behandling. DKV Hälsa betalar räkningen direkt till sjukhuset vid inläggning eller dagkirurgi.

Behandling hos läkare och specialist

Läkare kan kontaktas:

- av dig direkt eller via din allmänläkare

- via HelpLine som du når på tel. 08-619 6200 och som hjälper dig att hitta specialister. HelpLine kan även boka tid åt dig om du så önskar.

För behandling hos legitimerad sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, psykiater, psykolog eller psykoterapeut, krävs remiss från läkare.

Räkningar från privat läkare betalas av dig om du själv bokar tid. Om du kontaktar HelpLine så kommer kostnaden för läkarbesöket normalt sett faktureras försäkringsgivaren. Betalar du själv skickar du in originalkvitton tillsammans med ifylld skadeanmälan, samt remissen eller kopia av denna senast 12 månader efter avslutad undersökning/behandling.

Rese- och uppehållskostnader

Vid inläggning på sjukhus eller dagkirurgi betalar försäkringsgivaren kostnader för nödvändig resa och uppehälle efter räkning eller betalar milersättning enligt statliga regler om du åker egen bil, när resan är godkänd av försäkringsgivaren på förhand. Är du osäker på vad som ingår bör du kontakta HelpLine.

Försäkringsansvaret förutsätter:

- Att försäkringen omfattar den aktuella behandlingen. Detta framgår av försäkringsbrevet och de allmänna och särskilda villkoren.
- Att det är angivet riktiga och fullständiga upplysningar om hälsan.
- Att försäkringen är i kraft och betald.

Definitioner och förklaringar

Definitionerna nedan fastställer vad respektive ord betyder i försäkringsavtalet.

Akut hjälp

Hjälp som ges vid oförutsedd akut sjukdom/skada eller vid akut försämring av känd sjukdom som kräver omedelbar behandling.

Allmänläkare

Läkare som inte är specialist, kallas även allmänpraktiserande läkare.

Behandlande institution

Den institution eller den mottagning där undersökning och behandling i regi av specialist eller vårdinstitution sker och normalt skall ske.

Behandling

Undersökning och/eller terapeutiska åtgärder utförda av legitimerad vårdpersonal. För att behandlingen skall täckas av försäkringen måste den vara allmänt accepterad av medicinsk expertis i Sverige, Norge, och Danmark som medicinskt nödvändig, rationell och adekvat för den aktuella sjukdomen.

Dagvård

Undersökning och/eller behandling av läkarspecialist som normalt kräver sängläge, men att patienten ej övernattar.

FAL - Försäkringsavtalslagen

Försäkringsavtalslagen (2005:104) reglerar de viktigaste rättigheterna och skyldigheterna i förhållandet mellan försäkringsgivaren och försäkringstagaren, den försäkrade eller dennes rättighetshavare.

Försäkringstagare

Försäkringstagare är den som ingår ett försäkringsavtal med försäkringsgivaren och har äganderätt till och dispositionsrätt över försäkringen.

Försäkrad

Försäkrad är den person vars hälsa försäkringen gäller.

Försäkringsgivaren

Storebrand Helseforsikring AS
Filipstads Brygge 1, Postboks 1382 Vika,
0114 Oslo, Norge
Telefon +47 22 31 13 30
www.storebrandhelse.no

Inläggning på sjukhus

Behandling och/eller undersökning på privat sjukhus, när behandlingen eller undersökningen av medicinska orsaker kräver att patienten ligger på sjukhus minst en natt.

Kiropraktor-/ naprapatbehandling

Behandling enligt vedertagna metoder utförd av kiropraktor/naprapat med legitimation i det land där behandlingen utförs.

Kosmetisk behandling

Behandling som inte är medicinskt nödvändig och som utförs i syfte att ändra patientens utseende till något som denna själv uppfattar som bättre.

Laserbehandling

Behandling med medicinsk laser instrument som ersätter kirurgiskt ingrepp.

Läkare

Läkarutbildad person med legitimation som ger rätt att behandla patienter i det land där personen i fråga utövar sin verksamhet.

Operation

Kirurgiskt ingrepp som innebär genomskärning av hud eller slemhinna för att behandla (vidta terapeutiska åtgärder) eller ta bort sjukt organ eller kroppsdel. Gäller ej undersökning. För att operationen skall täckas av försäkringen måste den vara allmänt accepterad av medicinsk expertis i Sverige, Norge eller Danmark som medicinskt nödvändig, rationell, riktig och tillräcklig för den aktuella sjukdomen. Operationen skall vara utförd på sjukhus, klinik eller annan

institution där sådana ingrepp normalt görs, och av läkare som är auktoriserad att utföra behandlingen. Operation kan omfatta laserbehandling.

Patient

Person som undersöks och/eller behandlas för medicinsk åkomma av legitimerad vårdpersonal.

Privatpatient

Patient som själv eller via privat försäkringsgivare står för kostnaderna för undersökning/behandling på sjukhus eller av specialist.

Privat sjukhus

Ett sjukhus som behandlar privat patienter.

Prover

Undersökning på läkares begäran av kroppsvätskor, vävnad eller organ, utförd av auktoriserad personal för att identifiera möjliga sjukdomstillstånd.

Psykiater-/psykolog- /psykoterapeutbehandling

Behandling enligt vedertagna metoder utförda av psykiater, psykolog eller psykoterapeut med legitimation i det land där behandlingen utförs.

Psykisk sjukdom

Störning av normala psykiska tillstånd och processer som av den sjuke själv och/eller av dennes närmaste anhöriga och/eller av läkare bedöms som behandlingskrävande.

Rehabilitering

Behandling/åtgärder för att återställa funktioner. Behandlingen skall utföras av Vårdpersonal som är legitimerad i det land där rehabiliteringen utförs.

vårdpersonal som är legitimerad i det utförs.

Sjukgymnastik

Behandling enligt vedertagna metoder utförda av sjukgymnast med legitimation i det land där behandlingen utförs.

Sjukhus

En institution med offentligt godkännande som sjukhus, för behandling av fysiskt (somatiskt) sjuka och skadade personer.

Sjukdom

Störning av normala fysiologiska tillstånd och processer i ett eller flera organ som ger eller kommer att ge kroppsligt obehag, och som leder till mer än obetydligt nedsatt och/eller störd fysisk funktionsförmåga, och som upplevs som behandlingskrävande av den sjuke och dennes läkare.

Specialist

Offentligt registrerad och legitimerad läkarspecialist, kiropraktor, naprapat, sjukgymnast, psykiater, psykolog eller psykoterapeut. Specialist i allmänmedicin räknas som allmänläkare.

Symtom

Subjektiva eller objektiva tecken på kroppsligt tillstånd som förbinds med sjukdom.

Åkomma

Kroppsligt tillstånd som medför onormalt obehag och/eller smärta och som innebär nedsatt funktionsförmåga.

Översikt över tjänster som täcks

Kostnader för operation av somatisk sjukdom på privatsjukhus som kräver övernattnig på sjukhuset, efter remiss, och på förhand är godkända av försäkringsgivaren.

Kostnader för operation av somatisk sjukdom på privatsjukhus/klinik som inte kräver övernattnig på sjukhuset (dagkirurgi), efter remiss, och på förhand är godkända av försäkringsgivaren.

Behandling av somatisk sjukdom hos allmän- och specialistläkare.

Cancerbehandling, t ex operation, strålbehandling och cytostatikabehandling, efter remiss, och som på förhand är godkänd av försäkringsgivaren.

Behandling av somatisk sjukdom hos legitimerad sjukgymnast efter remiss, upp till 12 behandlingstillfällen per kalenderår.

Behandling av somatisk sjukdom hos legitimerad kiropraktor/naprapat efter remiss, upp till 12 behandlingstillfällen per kalenderår

Behandling hos legitimerad psykolog/psykiater eller psykoterapeut efter remiss, upp till 10 behandlingar per kalenderår, maximalt 20 behandlingar totalt.

Nödvändiga undersökningar, tester och provtagningar på privatsjukhuset/kliniken i direkt anknytning till operationen/behandlingen

För försäkringen gäller självrisk 1000 kr per person per år.

Nödvändiga läkemedel och materiel som förbrukas under operationen/behandlingen på privatsjukhuset/kliniken/ hos läkaren

Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen (proteser, implantat)

Nödvändiga uppehållskostnader (kost och logi) på privatsjukhuset/kliniken i samband med operationen/behandlingen (gäller inte vid behandling hos läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, psykiater, psykolog eller psykoterapeut)

Nödvändiga rese- och uppehållskostnader för den försäkrade i samband med operationen/behandlingen/rehabiliteringen, när resan är godkänd av försäkringsgivaren på förhand (gäller inte resa till läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, psykiater, psykolog eller psykoterapeut)

Rehabilitering under upp till 28 dygn vid en rehabiliteringsinstitution i Skandinavien. Rehabiliteringen måste vara en nödvändig följd av eller del av operationen/sjukhusinläggningen. Rehabiliteringen måste ske efter remiss och på förhand vara godkänd av försäkringsgivaren

Servicegaranti för behandling inom 28 dagar (gäller inte organtransplantation)

Detta ger en förenklad översiktsbild. För fullständig information hänvisas till de särskilda och allmänna villkoren.

Undantag och begränsningar

INNEHÅLLET PÅ DENNA SIDA ÄR EN DEL AV DE ALLMÄNNA OCH SÄRSKILDA VILLKOREN

Försäkringsgivaren täcker inte kostnader för:

1. Behandling som inte är medicinskt nödvändig och komplikationer samt andra följder av sådan behandling.
2. Behandling i förbindelse med kosmetisk behandling, diet och viktreglering och komplikationer samt andra följder av sådan behandling
3. Behandling som är av experimentell och/eller test karaktär.
4. Behandling vid sjukdom/skada som kräver akut hjälp eller är en direkt uppföljning av sådan behandling/hjälp.
5. Behandling vid sjukdom/skada som inträffar som följd av att den försäkrade ingår i väpnade styrkor.
6. Behandling vid graviditet, förlossning, familjeplanering/barnlöshet eller könsbyte.
7. Behandling av tänder samt konsultation och annan behandling hos tandläkare.
8. Behandling av alkohol-, drog- och medicinberoende samt skador och sjukdomar som är orsakat av alkohol, droger eller medicin.
9. Köp av mediciner och utrustning/hjälpmiddel samt utprovning av dessa i förbindelse med behandling.
10. Syntest, glasögon, kontaktlinser och avtagbar hörapparat samt operation för korrigerig av när-/långsynthet och brytningsfel.
11. Företagshälsovård, hälsokontroll, vaccination och läkarintyg.
12. Konvalescens, bl.a. vistelse på kuranstalt, bad och andra motsvarande institutioner.
13. Homeopati, osteopati, akupunktur och andra alternativa behandlingsformer.
14. Behandling, utredning och operation av snarkning om det inte framkommer att den försäkrade lider av sömnapné.
15. Sjukdom som omfattas av smittskyddslagen.
16. Kostnader som debiteras försäkringsgivaren för avtalat besök, behandling eller operation där den försäkrade uteblivit eller avbokat efter att avbokningsfristen har gått ut. Kostnaden debiteras den försäkrade.
17. Kontroll/behandling av födelsemärken/leverfläckar där det inte är dokumenterat att medicinsk behandling är nödvändig.
18. Olycksfallsskada eller besvär/sjukdom till följd av att den försäkrade
 - a) utövar professionell idrott
 - b) deltar i lagidrotter div II eller högre
 - c) utövar motorsport, kampsport (karate, boxning eller liknande) eller Extremsport (dykning, bergsklättring, fallskärmshoppning eller liknande)
19. Organtransplantation

Särskilda villkor för Inläggning på sjukhus med operation, nr. 05.01.02

1. Vilka villkor som gäller

De allmänna villkoren gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen *Inläggning på sjukhus med operation*.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen *Inläggning på sjukhus med operation* är en sjukvårdsförsäkring som enligt särskilda bestämmelser omfattar:

- Kostnader för inläggning på privatsjukhus med operation
- Kostnader för resa och uppehälle i samband med operationen eller rehabiliteringen
- Kostnader för rehabilitering
- Tillgång till inläggning inom 28 dagar (Servicegaranti)

2.1 Operation vid privatsjukhus

Försäkringen täcker kostnaderna för medicinskt nödvändig operation av somatisk sjukdom som kräver övernattnings på sjukhus. Det krävs remiss från läkare, och inläggningen måste på förhand vara godkänd av försäkringsgivaren.

2.2 Servicegaranti - tillgång till inläggning på sjukhus inom maximalt 28 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till inläggning på privat sjukhus inom 28 dagar från det att försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation.

Om behandlingen består av flera planerade inläggningar gäller servicegarantin den första inläggningen.

Servicegarantin gäller inte vid de tillfällen operationen måste senareläggas av medicinska orsaker.

Under den period då servicegarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla försäkringsgivaren underrättat om hur han/hon kan kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om inläggning, upphör servicegarantin att gälla. Detta gäller också om den försäkrade efter godkännande av försäkringsgivaren själv väljer att avtala tid med behandlare.

Om servicegarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kr per dag från och med fristens utgång och tills dess att inläggning sker, dock inte längre än under 28 dagar.

Om den försäkrade inte fått tillgång till inläggning inom 28 dagar efter det att servicegarantin löpt ut, kan den försäkrade välja att ett belopp utbetalas som motsvarar vad sjukhusinläggningen skulle ha kostat, eller att vänta på inläggning. Eventuell engångsersättning baseras på normalpris vid offentliga sjukhus i Sverige.

3. Vem som är försäkrad

Försäkringen *Inläggning på sjukhus med operation* gäller för den person som anges som försäkrad i försäkringsbrevet, med namn och personnummer.

4. Var försäkringen gäller

Försäkringen *Inläggning på sjukhus med operation* gäller för operation på privat sjukhus som försäkringsgivaren har ingått avtal med.

5. När försäkringen gäller

Försäkringen *Inläggning på sjukhus med operation* gäller operation som har skett efter det att försäkringen trätt i kraft och medan försäkringen är giltig.

6. Undantag och begränsningar

Se avsnittet *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte, samt punkterna 6, 7, 4.2 och 10.2 i de allmänna villkoren.

7. Utbetalning

En på förhand godkänd sjukhusinläggning/rehabilitering betalas av

försäkringsgivaren direkt till sjukhuset/rehabiliteringsinstitutionen.

Nödvändiga rese- och uppehållskostnader ersätts mot uppvisande av originalkvitton med bilagor.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Kostnader som täcks av försäkringen *Inläggning på sjukhus med operation*

Betalas direkt till sjukhuset:

Kostnader för operation av somatisk sjukdom på privatsjukhus som kräver övernattning på sjukhuset, efter remiss, och på förhand är godkända av försäkringsgivaren.

Nödvändiga undersökningar, tester och provtagningar i direkt anknytning till operationen på sjukhuset.

Nödvändiga läkemedel och materiel som förbrukas vid operationen på sjukhuset.

Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen (proteser, implantat).

Betalas direkt eller ersätts i efterhand:

Nödvändiga uppehållskostnader (kost och logi) på sjukhuset i samband med operationen.

Ersätts i efterhand:

Nödvändiga rese- och uppehållskostnader för den försäkrade i samband med operationen/rehabiliteringen, när resan på förhand är godkänd av försäkringsgivaren.

Betalas direkt till rehabiliteringsinstitutionen:

Rehabilitering under upp till 28 dygn vid en rehabiliteringsinstitution i Skandinavien. Rehabiliteringen måste vara en nödvändig följd av eller del av operationen. Rehabiliteringen måste ske efter remiss och på förhand vara godkänd av försäkringsgivaren.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Särskilda villkor för Dagkirurgi, nr. 05.02.02

1. Vilka villkor som gäller

De allmänna villkoren gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen *Dagkirurgi*.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen *Dagkirurgi* är en sjukvårdsförsäkring som enligt särskilda bestämmelser omfattar:

- Kostnader för operation på privatsjukhus eller hos läkare, som inte medför inläggning med övernattninng.
- Kostnader för resor och uppehälle i samband med operationen

2.1 Dagkirurgi

Försäkringen täcker kostnaderna för nödvändig operation av somatisk sjukdom som inte kräver övernattninng på sjukhus. Remiss krävs och operationen måste på förhand vara godkänd av försäkringsgivaren.

2.2 Servicegaranti - tillgång till dagkirurgi inom maximalt 28 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till dagkirurgi inom 28 dagar från det att försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation

Om behandlingen består av flera planerade operationer gäller servicegarantin den första operationen.

Servicegarantin gäller inte vid de tillfällen operationen måste senareläggas av medicinska orsaker.

Under den period då servicegarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla försäkringsgivaren underrättat om hur han/hon kan kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om operation, upphör servicegarantin att gälla. Detta gäller också om den försäkrade efter

godkännande av försäkringsgivaren själv väljer att avtala tid med behandlare.

Om servicegarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kr per dag från och med fristens utgång och tills dess att operationen sker, dock inte längre än under 28 dagar.

Om den försäkrade inte fått tillgång till operation inom 28 dagar efter det att servicegarantin löpt ut, kan den försäkrade välja att ett belopp utbetalas som motsvarar vad operationen skulle ha kostat, eller att vänta på operation. Eventuell engångsersättning baseras på normalpris vid offentliga sjukhus i Sverige.

3. Vem som är försäkrad

Försäkringen *Dagkirurgi* gäller för den person som anges som försäkrad i försäkringsbrevet, med namn och personnummer.

4. Var försäkringen gäller

Försäkringen *Dagkirurgi* gäller för behandling i Sverige, Norge och Danmark.

5. När försäkringen gäller

Försäkringen *Dagkirurgi* gäller operation som har skett efter det att försäkringen trätt i kraft och medan försäkringen är giltig.

6. Undantag och begränsningar

Se avsnittet *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte, samt punkterna 6, 7, 4.2 och 10.2 i de allmänna villkoren.

7. Utbetalning

En på förhand godkänd dagkirurgi betalas av försäkringsgivaren direkt till sjukhuset/kliniken.

Nödvändiga rese- och uppehållskostnader ersätts mot uppvisande av originalkvitton med bilagor.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Kostnader som täcks av försäkringen Dagkirurgi:

Betalas direkt till sjukhuset / kliniken

Kostnader för operation av somatisk sjukdom på privatsjukhus eller hos läkare som inte kräver övernattning på sjukhus (dagkirurgi), efter remiss och på förhand godkänd av försäkringsgivaren.

Nödvändiga undersökningar, tester och provtagningar i direkt anknytning till operationen.

Nödvändiga läkemedel och materiel som förbrukas vid operationen.

Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen (proteser, implantat).

Betalas direkt eller ersätts i efterhand:

Nödvändiga uppehållskostnader (kost och logi) på sjukhuset/kliniken i samband med operationen.

Ersätts efterhand

Nödvändiga rese- och uppehållskostnader för den försäkrade i samband med operationen, när resan på förhand är godkänd av försäkringsgivaren.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Särskilda villkor för Läkarbehandling, nr. 05.04.02

1. Vilka villkor som gäller

De allmänna villkoren gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen *Läkarbehandling*.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen *Läkarbehandling* är en sjukvårdsförsäkring som ersätter dokumenterade kostnader för medicinskt nödvändig somatisk undersökning och behandling av den försäkrade hos legitimerad läkare.

2.2 Servicegaranti - tillgång till läkare inom maximalt 28 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till läkarkonsultation inom 28 dagar från det att försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk information.

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

Servicegarantin gäller inte i de fall då läkarbesöket måste senareläggas av medicinska orsaker.

Under den period då servicegarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla försäkringsgivaren underrättat om hur han/hon kan kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om läkarbesök, upphör servicegarantin att gälla. Detta gäller också om den försäkrade efter godkännande av försäkringsgivaren själv väljer att avtala tid med behandlare.

Om servicegarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kr per dag från och med fristens utgång och tills dess att

läkarkonsultation sker, dock inte längre än under 28 dagar.

Om den försäkrade inte fått tillgång till läkarkonsultation inom 28 dagar efter det att servicegarantin löpt ut, kan den försäkrade välja att ett belopp utbetalas som motsvarar vad läkarkonsultationen skulle ha kostat eller vänta på konsultation.

3. Vem som är försäkrad

Försäkringen *Läkarbehandling* gäller för den person som anges som försäkrad i försäkringsbrevet, med namn och personnummer.

4. Var försäkringen gäller

Försäkringen *Läkarbehandling* gäller för behandling i Sverige, Norge och Danmark.

5. När försäkringen gäller

Försäkringen *Läkarbehandling* gäller behandling som har skett efter det att försäkringen trätt i kraft och medan försäkringen är giltig.

6. Undantag och begränsningar

Se avsnittet *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte, samt punkterna 6, 7, 4.2 och 10.2 i de allmänna villkoren.

7. Utbetalning

En på förhand godkänd läkarkonsultation betalas av försäkringsgivaren direkt till kliniken/läkaren.

Om inte bokningen sker via Helpline ersätts kostnader för läkarbehandling mot uppvisande av daterat och specificerat originalkvitto och skadeanmälan.

**Kostnader som täcks av försäkringen
läkarbehandling:**

Betalas direkt eller ersätts i efterhand:

Kostnader för somatisk behandling hos läkare.

Nödvändiga undersökningar, tester och provtagningar i direkt anknytning till den behandling det gäller.

Nödvändiga läkemedel och materiel som förbrukas vid behandlingen hos läkaren.

Ytterligare en bedömning av specialist vid allvarlig sjukdom eller om du är missnöjd med behandlingen. Rätten till second opinion avgörs av försäkringsgivaren baserat på medicinskt underlag och begränsas till 1 second opinion pr sjukdom/skadetillfälle

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Särskilda villkor för Cancerbehandling nr. 05.05.02

1. Vilka villkor som gäller

De allmänna villkoren gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen *Cancerbehandling*.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen *Cancerbehandling* är en sjukvårdsförsäkring som enligt särskilda bestämmelser omfattar:

- Kostnader för behandling av maligna cancersjukdomar, inklusive behandling med cytostatika och strålbehandling
- Kostnader för resor och uppehälle i samband med cancerbehandlingen eller rehabiliteringen
- Kostnader för rehabilitering
- Tillgång till inläggning inom 28 dagar (Servicegaranti)

2.1 Cancerbehandling

Försäkringen täcker kostnaderna för medicinskt nödvändig undersökning och behandling av cancersjukdomar. Det krävs remiss från läkare och behandlingen måste på förhand vara godkänd av försäkringsgivaren.

2.2 Servicegaranti - tillgång till cancerbehandling inom maximalt 28 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till cancerbehandling på privat sjukhus inom 28 dagar från det att försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation.

Om cancerbehandlingen består av flera planerade behandlingar gäller servicegarantin den första behandlingen.

Servicegarantin gäller inte vid de tillfällen då cancerbehandlingen måste senareläggas av medicinska orsaker.

Under den period då servicegarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla

försäkringsgivaren underrättat om hur han/hon kan kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om *Cancerbehandling*,

upphör servicegarantin att gälla. Detta gäller också om den försäkrade efter godkännande av försäkringsgivaren själv väljer att avtala tid med behandlare.

Om servicegarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kr per dag från och med fristens utgång och tills dess att behandling sker, dock inte längre än under 28 dagar.

Om den försäkrade inte fått tillgång till cancerbehandling inom 28 dagar efter det att servicegarantin löpt ut, kan den försäkrade välja att ett belopp utbetalas som motsvarar vad cancerbehandlingen skulle ha kostat eller vänta på inläggning. Eventuell engångsersättning baseras på normalpris vid offentliga sjukhus i Sverige.

3. Vem som är försäkrad

Försäkringen *Cancerbehandling* gäller för den person som anges som försäkrad i försäkringsbrevet, med namn och personnummer.

4. Var försäkringen gäller

Försäkringen *Cancerbehandling* gäller för cancerbehandling på privat sjukhus som försäkringsgivaren har ingått avtal med.

5. När försäkringen gäller

Försäkringen *Cancerbehandling* gäller cancerbehandling som har skett efter det att försäkringen trätt i kraft och medan försäkringen är giltig.

6. Undantag och begränsningar

Se avsnittet *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte, samt punkterna 6, 7, 4.2 och 10.2 i de allmänna villkoren.

7. Utbetalning

En på förhand godkänd cancerbehandling/ rehabilitering betalas av försäkringsgivaren direkt till sjukhuset/ rehabiliteringsinstitutionen.

Nödvändiga rese- och uppehållskostnader ersätts mot uppvisande av originalkvitton med bilagor.

Kostnader som täcks av försäkringen

Cancerbehandling:

Betalas direkt till sjukhuset:

Kostnader för cancerbehandling, t ex operation, strålbehandling och cytostatikabehandling, efter remiss, och på förhand är godkända av försäkringsgivaren

Nödvändiga undersökningar, tester och provtagningar i direkt anknytning till cancerbehandlingen

Nödvändiga läkemedel och materiel som förbrukas vid behandlingen på sjukhuset/kliniken

Nödvändiga medicinska hjälpmedel som är en integrerad del av kroppen (proteser, implantat)

Betalas direkt eller ersätts i efterhand

Nödvändiga uppehållskostnader (kost och logi) på sjukhuset i samband med behandlingen

Ersätts i efterhand

Nödvändiga rese- och uppehållskostnader för den försäkrade i samband med cancerbehandlingen / rehabiliteringen, när resan på förhand är godkänd av försäkringsgivaren

Betalas direkt till rehabiliteringsinstitutionen

Rehabilitering under upp till 28 dygn vid en rehabiliteringsinstitution i Skandinavien. Rehabiliteringen måste vara en nödvändig följd av eller del av cancerbehandlingen. Rehabiliteringen måste ske efter remiss och på förhand vara godkänd av försäkringsgivaren

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Särskilda villkor för Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling nr. 05.06.02

1. Vilka villkor som gäller

De allmänna villkoren gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen *Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling*.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen *Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling* är en sjukvårdsförsäkring som ersätter dokumenterade kostnader för medicinskt nödvändig sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling av somatisk sjukdom av den försäkrade hos legitimerad sjukgymnast, kiropraktor eller naprapat efter remiss från läkare. Behandlingen är begränsad till 12 behandlingstillfällen per kalenderår hos sjukgymnast och 12 behandlingstillfällen per kalenderår hos kiropraktor eller naprapat.

2.2 Servicegaranti - tillgång till Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling inom maximalt 28 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling inom 28 dagar från det att försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation.

Om behandlingen består av flera planerade behandlingar gäller servicegarantin det första besöket.

Servicegarantin gäller inte i de fall då behandlingen måste senareläggas av medicinska orsaker.

Under den period då servicegarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla försäkringsgivaren underrättat om hur han/hon kan kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om behandling, upphör servicegarantin att gälla. Detta gäller också om den försäkrade efter

godkännande av försäkringsgivaren själv väljer att avtala tid med behandlare.

Om servicegarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kr per dag från och med fristens utgång och tills dess att behandling sker, dock inte längre än under 28 dagar.

Om den försäkrade inte fått tillgång till behandling inom 28 dagar efter det att servicegarantin löpt ut, kan den försäkrade välja att ett belopp utbetalas som motsvarar vad behandlingen skulle ha kostat eller vänta på behandling.

3. Vem som är försäkrad

Försäkringen *Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling* gäller för den person som anges som försäkrad i försäkringsbrevet, med namn och personnummer.

4. Var försäkringen gäller

Försäkringen *Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling* gäller för behandling i Sverige, Norge och Danmark.

5. När försäkringen gäller

Försäkringen *Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling* gäller behandling som har skett efter det att försäkringen trätt i kraft och medan försäkringen är giltig.

6. Undantag och begränsningar

Se avsnittet *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte, samt punkterna 6, 7, 4.2 och 10.2 i de allmänna villkoren.

7. Utbetalning

Kostnader för *Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling* betalas av försäkringsgivaren direkt till behandlaren när bokning sker via Helpline.

Om inte bokning sker via HelpLine ersätts kostnader för sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling mot Uppvisande av daterat och specificerat originalkvitto och skadeanmälan.

Kostnader som täcks av försäkringen

Sjukgymnastik-, kiropraktor- och naprapatbehandling:

Betalas direkt eller ersätts i efterhand

Kostnader för behandling av somatisk sjukdom hos legitimerad sjukgymnast efter remiss från läkare med upp till 12 behandlingar per kalenderår.

Kostnader för behandling av somatisk sjukdom hos legitimerad kiropraktor eller naprapat efter remiss från läkare med upp till 12 behandlingar per kalenderår.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade

Särskilda villkor Krisstöd, nr. 05.08.02

1. Vilka villkor som gäller

De allmänna villkoren gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen *Krisstöd*.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen *Krisstöd* är en sjukvårdsförsäkring som ersätter dokumenterade kostnader för medicinskt nödvändig konsultation av den försäkrade hos legitimerad psykolog, psykiater eller psykoterapeut för försäkrad som råkat ut för någon av nedanstående händelser under arbetstid, och som medfört en psykologisk krisreaktion.

- a. rån, hot eller överfall
- b. brand, explosion eller inbrott
- c. olycksfall, trafikolycka under tjänsteutövning
- d. dödsfall till följd av någon sådan händelse

Vid behov av konsultation kontaktas HelpLine på tel. 08-619 6200 som bokar tid för dig. Behandling under försäkringen *Krisstöd* måste vara godkänd av försäkringsgivaren. Behandlingen sker hos en behandlare som försäkringsgivaren anvisat.

Om inte annat är avtalat är antalet konsultationer begränsat till 10 per kalenderår, maximalt 20 konsultationer totalt.

2.2 Servicegaranti - tillgång till Krisstöd inom maximalt 28 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till krisstöd inom 28 dagar från det att försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk information.

Om behandlingen består av flera planerade behandlingar gäller servicegarantin det första besöket.

Servicegarantin gäller inte i de fall då behandlingen måste senareläggas av medicinska orsaker.

Under den period då servicegarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla försäkringsgivaren underrättat om hur han/hon kan kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om behandling, upphör servicegarantin att gälla. Detta gäller också om den försäkrade efter godkännande av försäkringsgivaren själv väljer att avtala tid med behandlare.

Om servicegarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kr per dag från och med fristens utgång och tills dess att behandling sker, dock inte längre än under 28 dagar.

Om den försäkrade inte fått tillgång till behandling inom 28 dagar efter det att servicegarantin löpt ut, kan den försäkrade välja att ett belopp utbetalas som motsvarar vad behandlingen skulle ha kostat eller vänta på behandling.

3. Vem som är försäkrad

Försäkringen *Krisstöd* gäller för den person som anges som försäkrad i försäkringsbrevet, med namn och personnummer.

4. Var försäkringen gäller

Försäkringen *Krisstöd* gäller för behandling i Sverige, Norge och Danmark.

5. När försäkringen gäller

Försäkringen *Krisstöd* gäller konsultation som utförs efter det att försäkringen trätt i kraft och medan försäkringen är giltig.

6. Undantag och begränsningar

Se avsnittet *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte, samt punkterna 6, 7, 4.2 och 10.2 i de allmänna villkoren.

7. Utbetalning

Kostnader för *Krisstöd* betalas av försäkringsgivaren direkt till behandlaren.

Kostnader som ersätts av försäkringen *Krisstöd*:

Betalas direkt till behandlaren

Konsultation av legitimerad psykolog, psykiater eller psykoterapeut, begränsat till 10 konsultationer per kalenderår, sammanlagt maximalt 20 konsultationer totalt.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Särskilda villkor Psykologibehandling, nr. 05.09.02

1. Vilka villkor som gäller

De allmänna villkoren gäller tillsammans med dessa särskilda villkor för försäkringen *Psykologibehandling*.

2. Vad försäkringen omfattar

Försäkringen *Psykologibehandling* är en sjukvårdsförsäkring som ersätter dokumenterade kostnader för medicinskt nödvändig konsultation av den försäkrade hos legitimerad psykolog, psykiater eller psykoterapeut efter remiss från läkare.

Om inte annat är avtalat är antalet konsultationer begränsat till 10 per kalenderår, sammanlagt maximalt 20 konsultationer totalt.

2.2 Servicegaranti - tillgång till Psykologibehandling inom maximalt 28 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till psykologibehandling inom 28 dagar från det att försäkringsgivaren har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk information.

Om behandlingen består av flera planerade behandlingar gäller servicegarantin det första besöket.

Servicegarantin gäller inte i de fall då behandlingen måste senareläggas av medicinska orsaker.

Under den period då servicegarantin gäller är den försäkrade skyldig att hålla försäkringsgivaren underrättat om hur han/hon kan kontaktas på bästa sätt.

Om den försäkrade inte accepterar erbjudande om behandling, upphör servicegarantin att gälla. Detta gäller också om den försäkrade efter godkännande av försäkringsgivaren själv väljer att avtala tid med behandlare.

Om servicegarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kr per dag från och med fristens utgång och tills dess att

behandling sker, dock inte längre än under 28 dagar.

Om den försäkrade inte fått tillgång till behandling inom 28 dagar efter det att servicegarantin löpt ut, kan den försäkrade välja att ett belopp utbetalas som motsvarar vad behandlingen skulle ha kostat eller vänta på behandling.

3. Vem som är försäkrad

Försäkringen *Psykologibehandling* gäller för den person som anges som försäkrad i försäkringsbrevet, med namn och personnummer.

4. Var försäkringen gäller

Försäkringen *Psykologibehandling* gäller för behandling i Sverige, Norge och Danmark.

5. När försäkringen gäller

Försäkringen *Psykologibehandling* gäller konsultation som utförs efter det att försäkringen trätt i kraft och medan försäkringen är giltig.

6. Undantag och begränsningar

Se avsnittet *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte, samt punkterna 6, 7, 4.2 och 10.2 i de allmänna villkoren.

7. Utbetalning

Kostnader för *Psykologibehandling* betalas av försäkringsgivaren direkt till behandlaren när bokning sker via HelpLine.

Om inte bokning sker via HelpLine ersätts kostnader för Psykologibehandling mot uppvisande av daterat och specificerat originalkvitto och skadeanmälan.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Kostnader som täcks av försäkringen Psykologibehandling:

Betalas direkt eller ersätts i efterhand

Kostnader för konsultationer med legitimerad psykolog, psykiater eller psykoterapeut efter remiss, för högst 10 konsultationer per kalenderår, sammanlagt maximalt 20 konsultationer totalt.

Ersättning i samband med att servicegarantin inte uppfylls utbetalas till den försäkrade.

Allmänna villkor, nr. 12.00.02

1. Försäkringsavtalet

1.1. Vilka lagar och regler som gäller

För försäkringsavtalet gäller

- Försäkringsavtalslagen (2005:104)
- Lag (1982:713) om försäkringsrörelse med föreskrifter och regler.
- Lag (1998:293) om utländska försäkringsgivares verksamhet i Sverige.
- Andra bestämmelser i lag eller som utfärdas med stöd i lag.

För försäkringsavtalet gäller svensk rätt.

1.2. Vilka försäkringsbestämmelser som gäller

För försäkringsavtalet gäller dessa allmänna försäkringsvillkor och de särskilda villkor som framgår av försäkringsbrevet. Texten i försäkringsbrevet äger företräde framför försäkringsvillkoren. Texten i de särskilda villkoren äger företräde framför de allmänna villkoren. Försäkringsbrevet, försäkringsavtalet och försäkringsvillkoren äger företräde framför sådana bestämmelser i lag som inte är tvingande.

1.3. Vem kan försäkras

Ett nytt försäkringsavtal kan ingås för en person mellan 18 och 65 år (ansökan måste vara försäkringsgivaren tillhanda senast dagen innan den ansökande fyller 66 år), som har fast adress i Sverige och som är ansluten till Försäkringskassan. Då den försäkrade uppnår 66 års ålder upphör dennes medlemskap i gruppen.

1.4. Vad är sjukvårdsförsäkring

Sjukvårdsförsäkringen täcker kostnader som är förbundna med medicinskt nödvändig undersökning och behandling såsom framgår av den enskilda försäkringen.

1.5. Ikraftträdande

För försäkringsavtalets ikraftträdande (giltighet) och inträdandet av försäkringsgivarens ansvar krävs att den första premien betalas senast den dag

som anges som sista betalningsdag på premieavin. Under förutsättning att premien betalas senast denna dag träder försäkringsavtalet i kraft den dag då premien har betalats, dock tidigast det datum som anges i försäkringsbrevet. Från samma datum och under samma förutsättning inträder försäkringsgivarens ansvar. Betalning av den första premien efter den angivna sista betalningsdagen behandlas som en ny ansökan om försäkring.

Vid obligatorisk grupppersonförsäkring omfattas då alla gruppmedlemmar av ansvaret, förutsatt att medlemmen uppfyller villkoren för medlemskap. Vid senare anslutning eller inträde i gruppen träder försäkringsgivarens ansvar i kraft den första dagen i månaden efter anmälan av ny gruppmedlem skett, förutsatt att medlemmen uppfyller villkoren för medlemskap.

1.6. Försäkringstiden och förnyelse

Försäkringsavtalet gäller i ett år och förnyas automatiskt varje år om premie betalas och försäkringen inte sägs upp.

1.7. Ändring av försäkringsvillkor, priser m.m.

Försäkringsgivaren kan ändra försäkringsvillkor och premier varje år i samband med att försäkringen förnyas. Försäkringsgivaren informerar om eventuella ändringar minst en månad före datum för förnyelse.

Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att överföra detta avtal till annan försäkringsgivare förutsatt att detta fått offentligt godkännande i enlighet med Försäkringsverksamhetsloven § 3-6.

1.8. Registrering och förmedling av hälsoinformation

Hälsoinformation som försäkringsgivaren tar emot kan registreras och förmedlas vidare till vald behandlingsinstitution.

2. Vem har rätt att träffa bindande avtal för försäkringsgivaren?

Bindande besked skall ges skriftligen från försäkringsgivarens huvudkontor i Oslo. Finansiella rådgivare, försäkringsagenter, säljare och liknande har inte vid något tillfälle fullmakt att fatta bindande avtal för försäkringsgivarens räkning.

3. Definitioner och förklaringar

Se *Definitioner och förklaringar* i början av detta häfte.

4. Upplyningsplikt vid avtalets ingående och konsekvenserna av att ge felaktig information

4.1. Försäkringstagarens och den försäkrades plikt att ge information om risken

Försäkringstagare och försäkrad skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor och är skyldiga att på försäkringsgivarens begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkringen skal meddelas, utvidgas eller förnyas.

4.2. Konsekvenser av att ge oriktiga upplysningar

Har den försäkrade svikligt eller i strid med tro och heder lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter är försäkringen ogiltig och försäkringsgivaren är fri från ansvar för försäkringsfall som inträffar därefter.

Har den försäkrade uppsåtligt eller av oaktsamhet som inte är ringa lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse för riskbedömningen och försäkringsgivaren inte skulle ha meddelat försäkringen om upplysningsplikten hade fullgjorts, är försäkringsgivaren fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall och kan säga upp försäkringen för upphörande eller ändring.

Om försäkringen blir ogiltig på grund av svek behåller försäkringsgivaren inbetald premie. Om försäkringen sägs upp återbetalas resterande premie till försäkringstagaren. Eventuell utbetald ersättning skall betalas tillbaka till

försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren kan räkna av motfordran.

5. Undantag och begränsningar

Se kapitlet om *Undantag och begränsningar* ovan i detta häfte.

6. Reducerat ansvar

Försäkringsgivaren täcker kostnaderna för behandlingsmetoder som bland medicinsk expertis i Sverige, Norge, och Danmark är allmänt accepterade som medicinskt nödvändiga, rationella och adekvata för den aktuella sjukdomen.

Om behandlingen blir mer omfattande eller kostnaden större än vad som är nödvändigt och skäligt, kan försäkringsgivaren reducera ersättningen till normal nivå.

7. Behandlande institutions ansvar för behandlingen¹

Försäkringsgivaren har ingått avtal med sjukhus som erbjuder behandling till de personer som är försäkrade hos försäkringsgivaren. Dessa sjukhus har försäkringar som täcker konsekvenser av eventuella fel eller misstag som uppstår under behandlingen. Även specialist utanför sjukhus som behandlar någon som är försäkrad av försäkringsgivaren skall ha sådan ansvarsförsäkring. De ekonomiska konsekvenserna av fel eller misstag i samband med behandling är behandlande institutions ansvar, inte försäkringsgivarens. Försäkringsgivaren är inte heller ansvarigt för men eller andra skador av icke-ekonomisk art.

8. Premiebetalning och ansvarighet

Premien skall betalas senast den dag som anges i inbetalningsavin. Premien erläggs alltid från den första dagen i varje månad.

8.1. Avisering om inbetalning och konsekvenserna av att inte betala

Försäkringstagare eller betalare får en avisering om inbetalning av premien. Om premien skall betalas månadsvis med autogiro sker avisering av samtliga

¹ Särskilda regler gäller vid *Reseförsäkring*

betalningar under försäkringstiden en gång per år. Betalningsfristen för premie som inte er den första premien är minst en månad.

Om premien inte betalas senast den dag betalningsfristen utlöper, kommer försäkringsgivaren att skicka en påminnelse med betalningsfrist på minst 14 dagar. För påminnelse utgår lagstadgad påminnelseavgift. Om inbetalning av premie, som inte är den första premien, inte sker senast angivet datum kommer försäkringsgivarens ansvar att upphöra. Försäkringsgivaren har även rätt att säga upp avtalet. Meddelande om uppsägning skickas till gruppföreträdaren och till gruppmedlemmarna. Avtalet upphör då efter 14 dagars uppsägningstid om premien inte betalats dessförinnan.

9. Försäkrades rättigheter

9.1. Försäkrad gruppmedlems rätt att avstå från försäkringen

En försäkrad gruppmedlem har vid obligatorisk anslutning när som helst rätt att genom anmälan förklara sig avstå från försäkringen. Sådan anmälan kan även ske hos gruppföreträdaren. Om en eller flera medlemmar utnyttjar denna möjlighet, förbehåller sig försäkringsgivaren rätt till att reverdera avtalet.

10. Upplivningsplikt vid anspråk på utbetalning och konsekvenserna av att lämna oriktiga upplysningar

10.1. Upplivningsplikt och dokumentation

Varje person som anser sig ha anspråk att rikta mot försäkringsgivaren skall utan oskäligt dröjsmål upplysa om detta och ge försäkringsgivaren de upplysningar och handlingar som han eller hon har tillgängliga och som försäkringsgivaren behöver för att kunna ta ställning till kravet och betala ut ersättningen.

Försäkringsutbetalningen kan vara beroende av att den som gör anspråk ger försäkringsgivaren de fullmakter som krävs för att inhämta information och för att kunna ta ställning till kravet om

ersättning. Försäkringsgivaren kan kräva att undersökning görs av en viss läkare. Båda parter har rätt att inhämta bedömning av specialist.

10.2. Konsekvenser av att ge oriktig information

Om någon uppsåtligt eller av grov vårdslöshet oriktig har uppgett eller förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning från försäkringen, kan den ersättning som annars skulle betalats till honom sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

11. Frist för att anmäla försäkringsärendet

Försäkringsfall ska anmälas till försäkringsgivaren utan dröjsmål och senast inom ett år efter det att försäkringstagaren/försäkrade har fått vetskap om de förhållande som ligger till grund för kravet, annars kan rätten till ersättning minskas efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

12. Preskription

Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning måste väcka talan mot försäkringsgivaren inom tre år efter att han fått kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från det att anspråket tidligast kunde göras gällande. Annars går rätten till ersättning förlorad. Om anspråk har framställts till försäkringsgivaren inom denna tid, är fristen enligt första alltid minst sex månader från försäkringsgivaren har förklarat att det har tagit slutlig ställning till anspråket.

13. Upphörande av försäkringen

Försäkringsgivaren ger inte ersättning i samband med undersökning och behandling som utförts efter att försäkringen upphört.

14. Upphörande av gruppavtalet och fortsättningsförsäkring

Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens eller försäkringsgivarens sida upphör försäkringen för samtliga försäkrade

tidigast en månad efter uppsägningen. Gruppmedlemmarna har då rätt till fortsättningsförsäkring till individuell premie i enlighet med vad som anges i FAL. Om försäkringen upphör på grund av dröjsmål med premien har också varje försäkrad rätt till fortsättningsförsäkring enligt FAL

Rätt till fortsättningsförsäkring gäller inte om den försäkrade har varit med i ordningen i mindre än 6 månader, eller om försäkrade har fått, får eller uppenbarligen kan få motsvarande försäkringskydd som tidigare.

15 Utträde ur gruppen

Om en försäkrad gruppmedlem utträder ur gruppen av någon annan anledning än att denne uppnår 66 års ålder upphör försäkringsgivarens ansvar mot denne tre månader efter utträdet i enlighet med

vad som anges i FAL, under förutsättning av att försäkrade har varit med i ordningen i mer än 6 månader. Detta efterskydd gäller inte om försäkrade har fått, får eller uppenbarligen kan få motsvarande försäkringskydd som tidigare.

16. Ränsteplikt i samband med uppgörelse

Om försäkringsgivaren inte ersatt berättigade och dokumenterade krav inom en månad efter mottagandet, skall försäkringsgivaren betala dröjsmålsränta i enlighet med räntelagen (1975:635).

17. Behandling av tvister

Om tvist uppstår mellan försäkrings- tagare/försäkrad och försäkringsgivaren, kan den handläggas vid allmän domstol i Sverige med tillämpning av svensk rätt.

Hur du gör om du har klagomål

Klagomål riktade mot försäkringsgivaren

En fråga om eller ett klagomål riktat mot försäkringen kan ställas till försäkringsgivaren per telefon, per e-post eller med vanlig post. Om det gäller klagomål som bedöms som allvarliga rekommenderar vi att du skriver till oss.

DKV Hälsa
v/ verkställande direktör
Rålambsvägen 17, 14 tr.,
S-100 26 Stockholm

Tel. 08 619 62 00
Fax: 08 619 62 80
E-post: info@dkvhalsa.se

OBS!

Ditt klagomål behandlas snabbast och mest korrekt om du uppger namn och adress på försäkrade och avtalsnumret på försäkringsbrevet.

Nästa prövningsinstans

Om du inte är nöjd med hur ditt klagomål behandlats av försäkringsgivaren kan ärendet föreläggas:

Allmänna Reklamationsnämnden,
Box 174,
101 23 Stockholm
Telefon: 08-783 17 00

Prövningen är kostnadsfri. Avgöranden i nämnden är inte rättsligt bindande. Om det avgörande som träffas i nämnden bestrids av kunden eller försäkringsgivaren, kan saken alltid prövas av allmän domstol.