

Översikt**Inledning**

Dessa villkor gäller för Vårdförsäkring som är tecknad i SEB Pension och Försäkring AB, organisationsnummer 516401-8243, nedan kallat Försäkringsbolaget. Dessa villkor omfattar alla försäkringsmoment, notera dock att alla försäkringsavtal inte innehåller alla försäkringsmoment.

Innehåll

1. Försäkringsavtalet	1
2. Premier	2
2.1 Allmänt om premie	2
2.2 Premiebetalning	2
3. Rätt till ersättning	2
3.1 Vad ersätter försäkringen	2
3.2 Vårdgaranti	3
4. Valbar omfattning	4
4.1 Utan remisskrav	4
4.2 Hälsoundersökning	4
4.3 Rehabiliteringsförsäkring	4
5. Service och rådgivning	5
6. Ansvarstid och högsta ersättning	5
7. Begränsningar i rätten till ersättning	5
7.1 Viss vård och vissa behandlingar m.m.	5
7.2 Kostnader som ersätts från annat håll	5
7.3 Uteblivna besök	5
7.4 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador	6
7.5 Övriga begränsningar	6
8. Utbetalning	7
9. Ordlista	8
Om du inte är nöjd	9
Information enligt dataskyddsförordningen ((EU) 2016/679)	9

Ordlistan

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.

1. Försäkringsavtalet**Parter**

Parter är dels försäkringstagaren, dels Försäkringsbolaget.

Försäkring till förmån för en anställd

När en arbetsgivare tecknat en vårdförsäkring till förmån för en anställd, är arbetsgivaren att anse som försäkringstagare, om inte annat framgår av dessa försäkringsvillkor eller av försäkringsavtalet i övrigt.

Förutsättningar

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren eller den försäkrade 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.

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller även vad som anges i avtalet om TryggPlan och därtill hörande handlingar och villkor.

När försäkringstagaren är en annan person än den försäkrade har försäkringstagaren inte rätt att ta del av uppgifter om den försäkrades hälsostatus och försäkringsmedicinsk bedömning om denne.

Försäkringsbolaget förbehåller sig därför rätten att inte motivera och förklara eventuella begränsningar och premieförhöjningar som beror på den försäkrades hälsa för försäkringstagaren.

Försäkringen har inte tecknats i samband med tjänst.

Tillämpliga lagar

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.

Inverkan på hälsoprövningen

Sjukdom eller olycksfallsskada med skadetillfälle efter det att Försäkringsbolaget tagit emot fullständiga ansökningshandlingar påverkar inte hälsoprövningen.

När inträder Försäkringsbolagets ansvar?

Under förutsättning att ett försäkringsavtal blir gällande mellan Försäkringsbolaget och försäkringstagaren inträder Försäkringsbolagets ansvar för en sjukdom eller olycksfallsskada, enligt nedanstående:

Om försäkringen

kan beviljas mot normal premie och utan förbehåll inträder Försäkringsbolagets ansvar dagen efter den dag då första premien betalats.

Om försäkringen

kan beviljas endast mot förhöjd premie eller med förbehåll inträder Försäkringsbolagets ansvar dagen efter den dag då första premien betalats sedan Försäkringsbolaget erbjudit en försäkring på dessa villkor och försäkringstagaren antagit erbjudandet.

Undantag

Om det framgår av ansökningshandlingarna eller på annat sätt att försäkringsavtalet ska börja gälla vid senare tidpunkt än vad som framgår av ovan, inträder Försäkringsbolagets ansvar vid den tidpunkten.

I sådana fall börjar försäkringen gälla vid denna tidpunkt.

Försäkringstiden

Om inte något annat har avtalats är försäkringstiden alltid ett år. Försäkringstiden kan vara kortare än ett år för enskilda försäkrade.

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 försäkringstagaren skriftligen underrättas om detta senast 30 dagar före försäkringstidens slut.

Vad krävs av den försäkrade?

Vid tecknandet ska den försäkrade ha fyllt 16 år men inte 71 år. En försäkrad kan omfattas av försäkringen längst till och med utgången av det försäkringsår den försäkrade fyller 80 år, om inte försäkringen upphör av annan anledning dessförinnan. Under hela försäkringstiden ska den försäkrade vara folkbokförd och bosatt i Sverige.

Observera! Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, omfattas den försäkrade av försäkringen längst till den avtalade pensionsåldern, dock längst till den försäkrades 65-årsdag.

2. Premier

2.1 Allmänt om premie

Försäkringstagarens skyldighet att betala premie

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

Beräkning av premien

Premien bestäms för försäkringstiden och räknas om på förfallodagen vid förnyelse av försäkringsavtalet. Vid förnyelse har Försäkringsbolaget rätt att ändra premien. Vid beräkning av premien tillämpas den procentuella höjning av premien som fastställdes när försäkringsavtalet träffades.

Referens: Beträffande förnyelse av avtalet, se 1. "Försäkringsavtalet".

Risk som inte är normal

Om Försäkringsbolaget efter en hälsoprövning, i samband med att försäkringsavtal träffas eller ändras, bedömer att försäkringsrisken inte är normal, kan premien höjas enligt Försäkringsbolagets riktlinjer. Försäkringsbolaget har också möjlighet att införa inskränkningar i försäkringens giltighet, så kallade förbehåll eller klausuler.

2.2 Premiebetaltning

Premiebetaltningen regleras i avtalet

Rättigheter och skyldigheter vid premiebetaltning regleras i försäkringsavtalet. Av försäkringsbekräftelse och fakturaspecifikation framgår den avtalade premien och premieförfallodagen.

Betalningstermin

Premien ska betalas årsvis i förskott. 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 betaltning

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.

Om försäkringstagaren begär att en försäkring, som på grund av dröjsmål med premiebetaltning upphört att gälla, ska återupplivas, har Försäkringsbolaget rätt att ta ut en särskild avgift för att genomföra återupplivningen av försäkringen. Försäkringsbolaget fastställer återupplivningsavgiften löpande. Avgiften får högst uppgå till 2 procent av ett prisbasbelopp.

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. Avgiften får högst uppgå till 2 procent av ett prisbasbelopp.

Premieuppehåll vid tjänstledighet

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, föreligger det en 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?

Allmänna förutsättningar

- Försäkringen ersätter den försäkrades kostnader som föranletts av ett försäkringsfall, enligt vad som framgår av detta avsnitt. Avseende definitionen av försäkringsfall, se ordlistan i avsnitt 9.
- Kostnaderna ska uppstå under försäkringstiden.
- Kostnaderna ska vara hänförliga till vård, ytterligare bedömning eller hjälpmedel som tillhandahålls i Sverige, eller resor och logi i Sverige. Dock kan ersättning lämnas för kostnader för vård utomlands under de förutsättningar som framgår av avsnittet "Vård i utlandet" nedan.

Av respektive moment nedan framgår vilka ytterligare krav som uppställs för att rätt till ersättning ska föreligga för dessa kostnader och vidare regleras vad som gäller beträffande remiss nedan under rubriken "Vad gäller angående remiss".

Vad gäller angående remiss?

Försäkring med remisskrav

När försäkringen gäller med remisskrav innebär det att försäkringen inte täcker kostnader för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande vårdarbete och rehabilitering som tillgodoses inom primärvården.

Vid behov av vård ska den försäkrade vända sig till läkare inom primärvården, som ska utföra eller låta utföra sådan grundläggande medicinsk utredning/behandling som åligger primärvården. Vad som ingår i en grundläggande medicinsk utredning/behandling är beroende av aktuell sjukdom eller skada och kan till exempel omfatta provtagning, fysioterapi, röntgenundersökning, behandling eller annan undersökning.

Om det efter den grundläggande medicinska utredningen framgår att vårdansvaret ska överföras till den specialiserade vården utfärdar behandlande läkare inom primärvården en remiss till läkare inom specialistvården. Försäkringen kan då lämna ersättning för kostnader inom specialistvården om övriga förutsättningar för ersättning är uppfyllda.

För behandling hos psykolog eller psykoterapeut är det tillräckligt att behandlande läkare inom primärvården bedömer att behandling hos sådan vårdgivare är nödvändig för det aktuella försäkringsfallet.

Försäkring utan remisskrav

När försäkringen gäller utan remisskrav innebär det att försäkringen kan lämna ersättning för kostnader även utan att en grundläggande medicinsk behandling utförts i primärvården.

Särskilt om vissa vårdgivare

Oavsett om försäkringen gäller med eller utan remisskrav är det dock en förutsättning för behandling hos dietist, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, arbetsterapeut, logoped, psykolog och psykoterapeut att remiss lämnas av specialistläkare.

Undersökning, vård och behandling hos privat vårdgivare

Försäkringen lämnar ersättning för kostnader för utredning, vård och behandling i privat öppen och slutet vård hos

- läkare,
- psykolog, psykoterapeut,
- fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och arbetsterapeut,
- logoped, och
- dietist.

Allmänna förutsättningar

Undersökningen, vården och behandlingen ska vara medicinskt befogad. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget, vårdgivaren ska bokas i förväg av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

Observera! Ovan under rubriken "Vad gäller angående remiss?" framgår vilka förutsättningar som gäller för remiss beroende på om försäkringen gäller utan eller med krav på remiss och beroende på vilken vårdgivare som avses.

Begränsat antal behandlingstillfällen

Avseende följande vårdgivare gäller begränsningar av antalet

- behandlingstillfällen som ersätts för samma försäkringsfall:
- försäkringen ersätter maximalt tio behandlingstillfällen hos psykolog och psykoterapeut. Även om behandlingen avser olika försäkringsfall ersätter försäkringen maximalt tio behandlingstillfällen under samma försäkringstid,
 - försäkringen ersätter maximalt 15 behandlingstillfällen hos fysioterapeut, naprapat och kiropraktor och arbetsterapeut,
 - försäkringen ersätter maximalt fem behandlingstillfällen hos dietist,
 - försäkringen ersätter maximalt fem behandlingstillfällen hos logoped.

Ytterligare bedömning

När den försäkrades sjukdom eller olycksfallsskada har bedömts av läkare föreligger som huvudregel inte rätt till ersättning för kostnader för ytterligare bedömning. Försäkrad som måste ta ställning till komplicerad eller osäker medicinsk vård, har dock rätt till en (1) ny bedömning av 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.

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.

Eftervård/Medicinsk rehabilitering

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligen 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 slutenvård 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 fysioterapi lämnar försäkringen – utöver den ersättning som kan lämnas enligt punkten "Undersökning, vård och behandling hos privat vårdgivare" - ersättning för högst tio behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Eftervården/den medicinska rehabiliteringen ska vara medicinskt befogad och godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

Kristerapi

Utöver den ersättning som kan lämnas enligt momentet "Psykolog och psykoterapeut" lämnar försäkringen ersättning för nödvändiga och skäligen 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/registrerad 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 behandlingstillfällen.

Hjälpmedel

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

Ersättning lämnas för ett (1) hjälpmedel inklusive utprovning per sjukdom eller olycksfall till en kostnad upp till 6000 kr. För hjälpmedel efter operation lämnas ersättning till en sammanlagd kostnad upp till ett halvt (0,5) prisbasbelopp.

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

Försäkringen lämnar inte ersättning för hjälpmedel i form av glasögon, linser, hörselhjälpmedel, peruk och CPAP.

Försäkringen lämnar inte heller ersättning för borttappade, stulna och skadade hjälpmedel.

Vård i utlandet

Med avvikelse från vad som framgår i avsnittet "Allmänt om rätt till ersättning" gäller att försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligen kostnader för sådan sjukvård i utlandet som inte går att erbjuda i Sverige och endast 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 behandlingskosten i utlandet, dock maximalt med ett belopp som uppgår till kostnader som en behandling av motsvarande storlek skulle ha i Sverige.

Patientavgifter

Försäkringen lämnar ersättning för kostnader som är ersättningsbara genom försäkringen som avser,

- patientavgifter upp till gällande högkostnadsskydd,
- avgifter för slutenvård på offentligt sjukhus.

Resor och logi

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligen merkostnader för resor och logi på grund av privat slutenvård, slutenvård på offentligt sjukhus eller dagkirurgiska ingrepp i privat eller offentlig vård. När den försäkrades folkbokföringsadress är belägen på mer än 50 kilometers avstånd från vårdgivaren eller om det annars finns särskilda skäl kan ersättning lämnas för sådana merkostnader även i samband med annan vård. Försäkringsbolaget förbehåller sig rätten att från fall till fall avgöra om särskilda skäl föreligger.

Om det vid slutenvård 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.

Kostnader för resor och logi ska godkännas i förväg av Försäkringsbolaget och bokas via Försäkringsbolagets Reseservice. Se vidare punkt 5 "Reseservice".

Hemhjälp

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligen kostnader för hemhjälp efter hemkomst från operation som kan ersättas av försäkringen.

För samma sjukdom eller olycksfallsskada ersätts hemhjälp med sammanlagt maximalt tolv timmar (inklusive restid) under en period av högst tio dagar.

Kostnaden för hemhjälp ska godkännas i förväg av Försäkringsbolaget. Den försäkrade ska lämna en specificerad offertförfrågan för tjänsten och hemhjälpstjänsten ska utföras av ett företag med F-skattsedel och registrerat organisationsnummer

3.2 Vårdgaranti

Specialistläkare

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

Operation

När försäkringen ersätter operation 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 genomförs. 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.

4. Valbar omfattning

4.1 Utan Remisskrav

Försäkringstagaren har i samband med tecknandet av försäkringen, eller vid förnyelse av försäkringen, möjlighet att avtala att försäkringen ska gälla utan remisskrav. En sådan förändring ska anmälas till Försäkringsbolaget senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekaftelsen om försäkringen gäller med remisskrav.

Att försäkringen gäller utan remisskrav innebär att ersättning kan lämnas för utredning, vård och behandling som utförs av specialistläkare, utan att det föreligger en remiss. Avseende utredning, vård och behandling hos dietist, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, arbetsterapeut, logoped, psykolog och psykoterapeut kvarstår remisskrav från specialistläkare. Läs även i avsnittet 3.1 "Vad ersätter försäkringen?" under rubriken "Vad gäller angående remiss?".

4.2 Hälsoundersökning

Försäkringstagaren har i samband med tecknandet av försäkringen, eller vid förnyelse av försäkringen, möjlighet att avtala att försäkringen ska omfatta försäkringsmomentet hälsoundersökning. En sådan förändring ska anmälas till Försäkringsbolaget senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekaftelsen 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.

Observera!

- Kostnaden ska vara hänförlig till hälsoundersökning som tillhandahålls i Sverige.

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

4.3 Rehabiliteringsförsäkring

En försäkringstagare som är arbetsgivare har i samband med tecknandet av försäkringen, eller i samband med förnyelse av försäkringen, möjlighet att för samtliga anställda för vilka försäkringstagaren har ett rehabiliteringsansvar avtala om en rehabiliteringsförsäkring som lämnar ersättning för arbetslivsanpassad rehabilitering. En sådan förändring ska försäkringstagaren meddela skriftligen till Försäkringsbolaget senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekaftelsen, och i förekommande fall av försäkringsbeskedet, om det finns en rehabiliteringsförsäkring. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller rehabiliteringsförsäkringen de försäkrade som ingår i en och samma förmånsgrupp.

Försäkringsvillkor

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

Gruppvaktal

Till grund för rehabiliteringsförsäkringen ligger ett gruppvaktal som ingår mellan Försäkringsbolaget och försäkringstagaren. Ett gällande gruppvaktal är en förutsättning för att försäkringstagaren ska kunna teckna rehabilitering och vidare en förutsättning för att försäkringen ska bestå.

Gruppvaktalet utgör samtidigt ett avtal om rehabiliteringsförsäkring för de anställda som ingår i gruppen av försäkrade.

För vem gäller rehabilitering?

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

Gruppedlemmar

Gruppedlemmar och försäkrade i rehabiliteringsförsäkringen är anställda hos försäkringstagaren för vilka försäkringstagaren har ett rehabiliteringsansvar.

Vad krävs av den försäkrade?

Vid tecknandet eller vid den tidpunkt då den försäkrade anmäls till försäkringen ska den försäkrade vara fullt arbetsför och ha fyllt 16 år men inte 64 år.

Under hela försäkringstiden ska den försäkrade uppfylla förutsättningarna för att vara gruppedlem och

- vara folkbokförd och bosatt i Sverige eller,
- vara anställd och ha sin huvudsakliga sysselsättning i Sverige, men ha sin fasta bosättning i annat nordiskt land och besöka hemorten regelbundet. Med regelbundet avses minst en hemresa per vecka.

En försäkrad kan omfattas av försäkringen längst till och med det försäkringsår den försäkrade fyller 65 år, om försäkringen inte upphört av annan anledning dessförinnan.

Allmänt om rätt till ersättning

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

- den anställde till följd av sjukdom eller olycksfallsskada har varit frånvarande från arbetet under längre tid än 28 dagar i följd,
- den anställde 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 avsnitt 9 "Ordlista". Samtliga kostnader ska vara godkända i förväg av Försäkringsbolaget. Försäkringen kan även lämna ersättning avseende en sjukdom- eller olycksfallsskada som har uppkommit innan försäkringstiden under förutsättning att den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst 6 månader. Med arbetslivsanpassad rehabilitering avses rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsåtgärder.

Rehabiliteringsutredning

Försäkringen ersätter 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. Åtgärderna 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 skälig misstanke om missbruk hos anställd.

Med avvikelse från de förutsättningar som uppställs för att en sjukdom eller olycksfallsskada ska anses som 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.

Samtalsterapi

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för behandling hos psykolog eller legitimerad psykoterapeut i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete. Försäkringen ersätter maximalt tre 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 skäliga kostnader för behandling hos sjukgymnast/kiropraktor/naprapat i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärsarbete. Inom ramen för rehabiliteringsförsäkringen ersätts maximalt tio behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Funktionsanalys

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga 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 timmars funktionsanalys för samma försäkringsfall.

Arbetsplatsanalys

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga 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 timmars arbetsplatsanalys för samma försäkringsfall.

Arbetsplatsanpassning

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

Arbetsträning och arbetsprövning

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

Yrkeslivsplanering

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

Specialistläkarbedömning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga 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 bedömningstillfällen för samma försäkringsfall.

Tekniska hjälpmedel

Försäkringen lämnar ersättning för försäkringstagarens nödvändiga och skäliga 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 skälig misstanke finns om missbruk hos anställd avseende alkohol eller narkotika, lämnar försäkringen ersättning för kostnader för en oavbruten behandlingsperiod under förutsättning att det är medicinskt motiverat med behandling. Ersättning lämnas med maximalt två prisbasbelopp.

Försäkringen täcker endast en behandlingsperiod oavsett diagnos till dess den försäkrade uppnår slutåldern för försäkringen.

Kostnader som inte ersätts

Resekostnader

Rehabiliteringsförsäkringen lämnar inte ersättning för resor.

Samordningskostnader

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

Rekrytering och coaching

Rehabiliteringsförsäkringen 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 inom ramen för rehabiliteringsförsäkringen ersättning med högst sex prisbasbelopp.

Förutsättningar för ersättning

Försäkringstagaren är skyldig att på anmodan styrka ersättningskravet genom att lämna de upplysningar som står till buds, tillhandahålla verifikationer, bevis och andra handlingar som behövs för att bedöma Försäkringsbolagets ansvarighet och ersättningsens storlek.

Efterskydd

Rehabiliteringsförsäkringen innehåller inte något efterskydd.

Fortsättningsförsäkring

Rehabiliteringsförsäkringen innehåller inte någon rätt till fortsättningsförsäkring.

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.

6. Ansvarstid och högsta ersättning

Ansvarstid

Ersättning lämnas så länge försäkringen är i kraft, dock under längst tre år för samma försäkringsfall räknat från skadedatum. Har försäkringen upphört att gälla upphör ansvarstiden och därmed ersättningen.

Referens: Avseende definitionen av försäkringsfall, se ordlistan i avsnitt 9.

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 graviditet, förlossning, abort, sterilisering, fertilitetsutredning och behandling av infertilitet,
- vaccination och hyposensibilisering,
- kostnader för transplantation av inre organ,
- läkemedel,
- tandvårdskostnader, tandsjukdom och bettfysiologisk utredning och behandling,
- kontroller och behandlingar som inte har samband med sjukdom eller olycksfallsskada,
- kostnader för läkarintyg som inte begärts av Försäkringsbolaget
- annan hälsoundersökning än sådan som ersätts enligt 4.2 "Hälsoundersökning",
- plastikkirurgi och 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,
- operativa 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.

Försäkringen ersätter inte sådan vård som inte kan tillhandahållas av de privata vårdgivarna i Försäkringsbolagets vårdgivarnätverk. Den försäkrade kan därför bli hänvisad till den offentliga vården, patientavgiften ersätts då av försäkringen.

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

Om den försäkrade får förhinder ska avbokning ske senast 24 timmar före bokad tid. Ersättning lämnas inte för kostnader för bokning där den försäkrade uteblivit eller anlant sent utan att ha avbokat besöket i tid. I sådant fall blir den försäkrade skyldig att ersätta vårdgivaren för kostnaden för det uteblivna eller sent avbokade besöket. Undantag gäller vid akut sjukdom (till exempel magsjuka eller andra akuta tillstånd) hos den försäkrade eller den försäkrades underåriga barn som omöjliggör att den försäkrade kan ta sig till besöket.

Fram till dess att den försäkrade erlagt dessa kostnader förbehåller sig Försäkringsbolaget rätten att inte ersätta fortsatt vård eller andra kostnader vad gäller det aktuella försäkringsfallet. Undantag gäller ifall den försäkrade kan visa att sådan hantering skulle vara uppenbart oskälig mot den försäkrade.

7.4 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador

Särskilda sjukdomar

Försäkringen gäller inte för

- sjukdom som omfattas av smittskyddslagen eller följer därav,
- demenssjukdom, efter det att diagnos har fastställts av läkare,
- utredning och behandling av neuropsykiatriska diagnoser som t ex ADHD, ADD eller liknande,
- fetma, övervikt eller undervikt samt följer därav. Dock ersätts behandling hos dietist enligt avsnitt 3.1, under förutsättning att övervikten överstiger BMI 33 eller att undervikten understiger BMI 19,
- ryggbesvär, där läkare bedömer att sjukdomen, skadan, eller besväret icke behandlingsbar. Dock ingår undersökning och behandling fram till dess att en sjukdom eller skada blir diagnostiserad som icke behandlingsbar,
- undersökning, behandling av åderbräck.

Särskilt riskfylld verksamhet

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som uppkommit till följd av att den försäkrade utövar/deltar i sport-, idrotts-, äventyrs-, expeditions- eller annan riskfylld sysselsättning.

Exempel på sådana sysselsättningar är när den försäkrade

- under träning eller tävling utövar sport- eller idrottsverksamhet på elitnivå i lägst division II och uppåt eller motsvarande,
- under träning eller tävling utövar sport- eller idrottsaktivitet på idrottsgymnasium eller annan utbildning med idrottsinriktning,
- under träning eller tävling deltar i/utövar långlopp, t.ex. maraton, cykling, mountainbike, multisport, triathlon eller liknande aktiviteter och tillhör en klubb/förening där den försäkrade omfattas av klubbens licensiering,
- deltar/utövar motorsport,
- deltar i/utövar kampsport, boxning, brottning, fäktning, karate, thaiboxning, kickboxning eller liknande aktiviteter,
- utövar verksamhet som stuntman eller luftakrobat,
- deltar i/utövar klättring på berg, is, klippa, glaciär eller jämförbar utövning, extremskidåkning (utanför markerade pister), downhill cykling, dykning, kitesurfing, fallskärmschoppning, ballong-, glid eller drakflygning eller liknande aktivitet,
- deltar i /utövar expeditions- eller äventyrsverksamhet i enskild regi eller i grupp eller jämförbar utövning.

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 en sådan skada som beror på lagbud, myndighets åtgärd, krigshändelse eller terrorhandling eller någon annan liknande omständighet. Försäkringsbolaget är inte heller ansvarigt för en skada som beror på strejk, blockad, bojkott, lockout eller annan liknande omständighet. Detta gäller även om Försäkringsbolaget självt vidtar eller är föremål för någon sådan konfliktåtgärd, under förutsättning att Försäkringsbolaget gjort vad som skäligen kan begäras för att begränsa de skador som kan uppkomma. Vidare är Försäkringsbolaget inte skyldigt att i andra fall ersätta en skada som uppstår, om Försäkringsbolaget har varit normalt aktsamt.

Uppsätligt framkallande av försäkringsfall eller eget vållande

Om den försäkrade uppsåtligt 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 uppsåtligt 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 uppsåtligt 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 Vårdservice 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 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 den försäkrade har anlitat. 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 gör anspråk på ersättning har fullgjort sina skyldigheter enligt dessa villkor.

Om det finns anledning att utreda Försäkringsbolagets betalningsskyldighet 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 försäkringstagarens eller den försäkrades kostnader och dessa kostnader ska ersättas enligt lag, författning eller från annan försäkring, övertar Försäkringsbolaget försäkringstagarens respektive den försäkrades 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.
Dagkirurgi	Med dagkirurgi avses sjukvård som medför operativt ingrepp, men inte kräver sängplats med övernattnig.
Demens	Med demens avses en förvärrad, omfattande försämring av psykiska funktioner (intellekt, minne och personlighet) orsakad av sjukdomar (demenssjukdomar) och skador i hjärnan.
Fullständiga ansökningshandlingar	Samtliga uppgifter som behövs för den slutliga prövningen av en försäkringsansökan.
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, handikappersättning 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 tre månaderna.
Försäkrad	En person vars sjukdom eller olycksfallsskada försäkringen gäller för.
Försäkringsbekaftelse	Skriftlig bekräftelse på att ett försäkringsavtal har träffats och som skickas till försäkringstagaren.
Försäkringsbesked	Skriftlig bekräftelse på att ett försäkringsavtal har träffats som skickas till den försäkrade.
Försäkringsfall	Med försäkringsfall avses sjukdom eller olycksfallsskada. För rehabiliteringsförsäkringen i avsnitt 4.3 gäller att med försäkringsfall avses sjukdom eller olycksfallsskada som har uppkommit under försäkrings-tiden. Försäkringsfallet 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 för rehabiliteringsförsäkringen även sjukdomar och olycksfallsskador som ursprungligen har uppkommit före försäkringstiden, men som ger symtom under försäkringstiden. Detta förutsätter dock 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.
Försäkringsgivare	Ett försäkringsbolag som har åtagit sig att lämna försäkringsersättning i enlighet med vad som avtalats i försäkringsavtalet. I dessa villkor är SEB Pension och Försäkring AB försäkringsgivaren.

Ord (forts.)	Förklaring (forts.)
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.
Hälsoprövning	Vid ansökan om en försäkring och ändring av en gällande försäkring har Försäkringsbolaget rätt att hälsopröva den försäkrade och har då rätt att begära in hälsodeklaration, sjukjournaler och andra intyg eller utlåtanden om den försäkrades hälsotillstånd.
Icke behandlingsbar	Med icke behandlingsbar menas en sjukdom/olycksfallsskada som enligt medicinsk erfarenhet inte förväntas gå att bota eller väsentligt och varaktigt kunna förbättra den försäkrades tillstånd.
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.
Privat sjukvård	Vårdinsats som inte till någon del finansieras med offentliga medel.
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.
Remiss	Med remiss avses en skriftlig hänvisning utfärdad av läkare i Sverige. Remissen får högst vara sex månader gammal vid tidpunkten för SEB:s bokning av vården.
Sjukdom	Med sjukdom avses av läkare dokumenterad försämring av den fysiska eller psykiska hälsan, som inte är att betrakta som en olycksfallsskada. Med sjukdom avses dock inte frivilligt orsakad kroppsskada.
Skadedatum	Med skadedatum avses det datum som sjukdomen eller olycksfallsskadan anmälts till Försäkringsbolaget. Om kostnaderna 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 övernattnig.

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 förstas 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

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.konsumenternas.se

Konsumentverket lämnar webbaserad konsumentupplysning genom Hallå konsument, www.hallakonsument.se

Personförsäkringsnämnden avger rådgivande yttranden i tvister mellan konsumenter och försäkringsbolag avseende sjuk-, olycksfalls- och livförsäkring i de fall där det krävs medicinska bedömningar. Nämnden kan även pröva en konsuments rätt att teckna eller förnya en individuell personförsäkring. För att nämnden ska pröva ärendet finns bland annat vissa tidsgränser.

Personförsäkringsnämnden, Box 24067, 104 50 Stockholm, telefon 08-522 787 20, www.forsakringsnamnder.se/personforsakringsnamnden/provning-i-namnden-pfn/

Allmänna reklamationsnämnden (ARN) lämnar rekommendationer på hur tvister mellan konsumenter och näringsidkare bör lösas. En anmälan till ARN ska vara skriftlig. För att nämnden ska pröva ärendet finns bland annat vissa värde- och tidsgränser. ARN prövar dock inte den typ av ärenden som prövas av Personförsäkringsnämnden.

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

EU:s webbplats för tvistlösning online

Om tvisten rör ett avtal som ingåtts via internet kan du även lämna in ditt klagomål via EU:s webbplats för tvistlösning online.
www.ec.europa.eu/odr

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*

Information enligt dataskyddsförordningen ((EU) 2016/679) om behandling av personuppgifter m.m. i SEB Pension och Försäkring AB

Personuppgiftsansvarig:

SEB Pension och Försäkring AB - nedan Pension & Försäkring
Org.nr 516401-8243
106 40 Stockholm

Telefon 077-11 11 800

Pension & Försäkrings integritetspolicy, med fullständig information om Pension & Försäkrings personuppgiftsbehandling, hittar du på seb.se/personuppgifter-pf. Du kan också vända dig till Pension & Försäkrings kundcenter för att få informationen per post.

Nedan följer en sammanfattning av hur Pension & Försäkring hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter.

Insamling av personuppgifter

Personuppgifter lämnas och inhämtas innan och i samband med att en kundrelation inleds och ett avtal ingås och/eller ett uppdrag lämnas, eller i övrigt i samband med en kundrelation. Vid kontakt med Pension & Försäkring per telefon kan samtalet komma att spelas in.

Ändamål

Pension & Försäkring behandlar personuppgifter för de ändamål som anses nödvändiga enligt nedan:

- ingående, administration och fullgörande av ingångna avtal, inklusive rådgivning
- för uppfyllande av förpliktelser enligt lag, annan författning eller myndighetsbeslut
- för marknads- och kundanalyser samt systemutveckling och marknadsföring

Notera att känsliga personuppgifter, främst uppgifter om hälsa, i vissa fall kan komma att behandlas.

Personuppgifter kan för angivna ändamål – med beaktande av reglerna om sekretess – ibland komma att lämnas ut till andra bolag inom SEB-koncernen eller till företag såväl inom EU/EES som utom EU/EES (tredje land) som SEB-koncernen samarbetar med.

Dina rättigheter

Du har rätt att få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av Pension & Försäkring och har därmed rätt att få ett registerutdrag.

Du kan även vända dig till Pension & Försäkring om du vill:

- begära rättelse av felaktig eller ofullständig uppgift,
- begära radering eller begränsning av behandlingen av personuppgifter,
- invända mot behandlingen eller
- få ut de personuppgifter som du själv har tillhandahållit Pension & Försäkring och som Pension & Försäkring behandlar med stöd av avtal eller samtycke samt, om det är tekniskt möjligt, få dessa överförda direkt till annan personuppgiftsansvarig (dataportabilitet).

Din begäran och/eller invändning enligt ovan prövas av Pension & Försäkring i det enskilda fallet.

Om du önskar information eller har en begäran enligt ovan, kan du lämna eller skicka en begäran härom till SEB, Dataskydd, 106 40 Stockholm, eller kontakta Pension & Försäkring på telefonnummer ovan. På samma sätt kan du anmäla om du inte vill ha direktreklam från Pension & Försäkring.

Dataskyddsombud

Pension & Försäkring har utsett ett dataskyddsombud som har till uppgift att övervaka att Pension & Försäkring följer reglerna om skydd av personuppgifter. Dataskyddsombudet ska fullgöra sitt uppdrag på ett oberoende sätt i förhållande till Pension & Försäkring. Du kan kontakta dataskyddsombudet på SEB, Dataskyddsombud, 106 40 Stockholm.