



**Villkor MySafety
MSOS 26:04
Gäller from 2026-04-01**

**Vitea
Life**

Försäkringens syfte

Försäkringen innehåller flera olika försäkringar, som ger den försäkrade ett ekonomiskt skydd vid olycksfall. Försäkringen är en ren riskförsäkringar, som saknar värde om de upphör innan ett försäkringsfall inträffat.

Försäkringsgivare

Försäkringsgivare är det norska försäkringsföretaget Knif Trygghet Forsikring A/S. Försäkringsgivaren företräds enligt fullmakt i Sverige av sitt svenska dotterföretag Vitea Life AB, org. nr. 559321-3126, som även på eget ansvar förmedlar försäkringar för försäkringsgivarens räkning.

Viteas verksamheten står under tillsyn av Finansinspektionen och lyder under svensk lag, och försäkringsgivarens verksamhet står under tillsyn av norska finanstillsynet.

Detta försäkringsvillkor

Detta försäkringsvillkor gäller from 2026-04-01. Utöver detta försäkringsvillkor så regleras försäkringarna dessutom av det gruppavtal som har tecknats för varje grupp, och det försäkringsbesked som utfärdas för försäkringen. Vidare gäller försäkringsrörelselagen, försäkringsavtalslagen och svensk lag i övrigt. En bestämmelse som avtalats särskilt i ett gruppavtal/gruppförsäkringsplan gäller framför dessa villkor.

Försäkringsvillkoret beskriver de försäkringsprodukter som kan ingå i en försäkring, och försäkringsvillkoren tillhandahålls på svenska och all kommunikation sker på svenska.

Skatteregler

Samtliga försäkringar i dessa försäkringsvillkor är kapitalförsäkringar (K) enligt inkomstskattelagen dvs. utfallande belopp är fria från inkomstskatt och premien är inte avdragsgill. För arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring gäller normalt att en anställd som omfattas av sådan försäkring förmånsbeskattas för värdet av sådan försäkring.

Innehåll

A.	ALLMÄNNA FÖRSÄKRINGSREGLER.....	5
A.1	Gruppavtal.....	5
A.2	Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring	5
A.3	Gruppförsäkringsplan och Maximalt försäkringsbelopp	5
A.4	Gruppförsäkringsvillkor, försäkringsansökan och försäkringsbesked.....	5
A.5	Ändring av gruppförsäkringsavtal.....	6
A.6	Rätt att ansöka om försäkring	6
A.7	Tecknings- och hälsoprövningsregler	6
A.7	Anslutningsformer	7
A.8	När försäkringen börjar gälla (Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring).....	7
A.9	Försäkring tecknad genom försäkringsförmedlare	7
A.10	Ångerrätt.....	7
A.11	Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen.....	7
A.12	Premie, premiebetalning, uppsägning p.g.a. obetald premie och premiebefrielse	8
A.13	Tjänstledighet och föräldraledighet	8
A.14	Återupplivning.....	8
A.15	Återbetalning av premie	9
A.16	När försäkringen upphör	9
A.17	Fortsättningsförsäkring	9
A.18	Rätt att ansöka om Seniorförsäkring.....	10
A.19	Efterskydd	10
A.20	Överlåtelse och Pantsättning.....	10
B.	BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS ANSVAR.....	11
B.1	Upplysningsplikt	11
B.2	Oriktiga uppgifter	11
B.3	Framkallande av försäkringsfall	11
B.4	Själv mord	11
B.5	Vid brottslig handling och påverkan av alkohol och missbruk	11
B.6	Undantag för sjukdom/symptom som visat sig innan försäkringen började gälla	12
B.7	Försäkring beviljad endast med kravet om ”Fullt arbetsför”	12
C.	BEGRÄNSNINGAR I FÖRSÄKRINGARNAS GILTIGHET	12
C.1	Vid utlandsvistelse som inte berörs av begränsningar vid krigstillstånd eller politiska oroligheter	12
C.2	Om den försäkrade flyttar utomlands	12
C.3	Vid krigstillstånd, politiska oroligheter, terrorism och massförstörelsevapen	12
C.4	Vid flygning	13
C.5	Undantag avseende sport och idrott.....	13
C.6	Epidemi, pandemi.....	13
C.7	Force Majeure	13
C.8	Patientskador.....	13

D.	REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL	13
D1.	Åtgärd vid ersättningsanspråk.....	13
D2.	Värdesäkring.....	14
D3.	Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser	14
D4.	Preskription.....	14
D5.	Registrering av skadeanmälan	14
E.	Olycksfall & Sjukvård med remisskrav	15
E.1	Allmänt.....	15
E.2	Läkekostnader (Olycksfall).....	15
E.3	Resekostnader (Olycksfall).....	15
E.4	Tandskadekostnader (Olycksfall)	16
E.5	Merkostnader (Olycksfall)	16
E.6	Rehabilitering och hjälpmedel (Olycksfall).....	16
E.7	Invaliditet (Olycksfall).....	17
E.8	Medicinsk invaliditet (Olycksfall).....	17
E.10	Bestående ärr (Olycksfall)	17
E.11	Händelseersättning (Olycksfall)	17
E.12	Ersättning vid dödsfall (Olycksfall).....	17
E.13	Krishjälp (Olycksfall)	18
E.14	Sjukvård till följd av olycksfall med remisskrav.....	18
E.15	Ersättningsöversikt - Sjukvårdsförsäkring med remisskrav.....	18
E.16	Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav.....	19
E.17	Vårdgaranti – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav	19
E.18	Ansvarstid och försäkringstid – Sjukvårdförsäkring med remisskrav.....	19
E.19	Kostnader som ersätts på annat sätt	20
E.20	Åtgärder vid skada.....	20
E.21	Begränsningar i rätten till ersättning – Sjukvårdförsäkring.....	20
F.	OM VI INTE KOMMER ÖVERENS	21
G.	BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER	22
H.	DEFINITIONER/ORDLISTA	22

A. ALLMÄNNA FÖRSÄKRINGSREGLER

A.1 Gruppavtal

Till grund för gruppförsäkringen finns ett avtal – gruppavtal. Avtal om gruppförsäkring tecknas mellan företrädare för de försäkringsberättigade och försäkringsgivaren.

Ett giltigt gruppavtal är en förutsättning för ett enskilt avtal om gruppförsäkring. Gruppavtalet innehåller bland annat bestämmelser om:

- gruppförsäkringens omfattning och innehåll
- vilka som tillhör den försäkringsberättigade gruppen
- teckningsregler
- när försäkringarna tidigast kan börja gälla
- hur och av vem gruppförsäkringen ska administreras
- gruppavtalets giltighetstid
- automatisk förlängning
- uppsägningsrätt och uppsägningstid

Om gruppavtalet sägs upp innebär det att samtliga försäkringar upphör att gälla. Gruppavtalet kan sägas upp av företrädare för gruppen eller av försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren har skyldighet att, även vid gruppföreträdarens uppsägning, underrätta de försäkrade.

A.2 Frivillig/Obligatorisk gruppförsäkring

En förutsättning för att kunna anslutas till försäkringen är att den som ska försäkras vid tidpunkten för tecknandet av försäkringen är bosatt och folkbokförd i Sverige samt inskriven i svensk försäkringskassa. För Sjukvårdsförsäkringen gäller nordisk försäkringskassa.

Frivillig gruppförsäkring är ett försäkringsavtal mellan försäkringsgivaren och den försäkrade, och som den försäkrade frivilligt ansöker om, eller låter bli att avstå erbjuden försäkring inom en viss tid.

Obligatorisk gruppförsäkring är ett försäkringsavtal mellan försäkringsgivaren och företrädare för gruppen/försäkringstagaren, som den försäkrade är direkt ansluten till genom gruppavtalet.

A.3 Gruppförsäkringsplan och Maximalt försäkringsbelopp

Förutom gruppavtal finns även en gruppförsäkringsplan som bland annat avgränsar vilka försäkringar och vilka belopp som kan tecknas, samt visar vilka regler för åldersreducering, inträdesåldrar och slutåldrar som tillämpas.

Maximalt försäkringsbelopp per försäkrad och per försäkringsprodukt är 30 prisbasbelopp, oavsett om den försäkrade har en eller flera gruppförsäkringar hos försäkringsgivaren.

A.4 Gruppförsäkringsvillkor, försäkringsansökan och försäkringsbesked

Gruppförsäkringsvillkoren beskriver samtliga försäkringsprodukter som kan ingå i ett gruppavtal, ikraftträdande, förlängning, uppsägning och premiebetalning.

Försäkringsansökan ger besked om vilka försäkringar som kan tecknas, vem som kan teckna försäkringarna samt uppgift om premiekostnad. På vissa gruppavtal kan gruppmedlem medförsäkrad sin maka/make/sambo och/eller barn.

Försäkringsbeskedet ger besked om vilka försäkringar och försäkringsbelopp den försäkrade valt att teckna. Utifrån försäkringsbeskedet kan den försäkrade utläsa vilka försäkringsprodukter som är tillämpliga i detta villkor och därmed vilka regler som är tillämpliga.

Premier och villkor kan ändras vid huvudförfallodagen för gruppavtalet. Ett ingånget gruppavtal löper normalt sett på ett år om inget annat avtalats, där samtliga försäkrade har en gemensam förfallodag (huvudförfallodag). En ändring av villkor och premier för försäkringen genomförs från närmast följande huvudförfallodag. Meddelande om ändring sker i samband med utskicket av nya försäkringshandlingar och ny premiefaktura.

Försäkringen grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren och/eller den försäkrade har lämnat till försäkringsgivaren. Alla utskick avseende försäkringsinnehav sker till folkbokföringsadressen, såvida det inte överenskommits om annat.

Den försäkrade ska till försäkringsgivaren omgående påtala eventuella fel och brister som framgår av försäkringsbeskedet eller motsvarande handling.

A.5 Ändring av gruppförsäkringsavtal

Ett ingånget försäkringsavtal kan ändras under försäkringstiden och i förtid upphöra i fall som anges i Försäkringsavtalslagen (FAL).

Om förutsättningarna för avtalet förändras genom ändrad lagstiftning, annan författning, ändrad tillämpning av lag och/eller genom myndighetsbeslut, har försäkringsgivaren rätt att ändra villkoren för försäkringsavtalet under försäkringstiden. Detta gäller också om gruppföreträdaren eller försäkrad grovt åsidosätter sina förpliktelser.

En sådan ändring börjar gälla när försäkringsgivaren sänt skriftligt besked om de nya villkoren eller av den tidpunkt som följer av lag. Försäkringsgivaren har rätt att i motsvarande omfattning ändra ersättning från dessa försäkringsvillkor om rätt till annan ersättning i väsentlig omfattning ändras genom lag eller myndighetsbeslut.

A.6 Rätt att ansöka om försäkring

Följande personer har rätt att ansöka om inträde, utökning eller höjning av försäkringar, under förutsättning att för var tid gällande underlag för hälsoprövning lämnas:

- har fyllt 16 men inte 66 år
- vid tiden för ansökan är fullt arbetsför enligt definition
- är bosatt och folkbokförd i Sverige och inskriven i svensk försäkringskassa
- för sjukvårdsförsäkring – bosatt i Norden och inskriven i nordisk försäkringskassa
- uppfyller kraven för grupptillhörighet eller som medförsäkrad

Förutsättning för att medförsäkrad och medförsäkrade barn får teckna försäkring är att gruppmedlem har beviljats och har en gällande gruppförsäkring.

A.7 Tecknings- och hälsoprövningsregler

Tecknings- och hälsoprövningsreglerna kan variera mellan olika gruppavtal men framgår på försäkringsansökan och gruppavtalet. För att en försäkrad ska kunna omfattas av gruppförsäkring krävs att den försäkrade är fullt arbetsför vid tidpunkten för ansökan. För vissa försäkringar ställs ett högre krav, och det innebär att den försäkrade ska fylla i och besvara en hälsodeklaration.

Detta gäller också för rätt till höjning av valt försäkringsbelopp eller annan utökning av försäkringsskyddet.

Efter en hälsoprövning/riskbedömning kan försäkringen beviljas med normala premier och villkor, beviljas med undantag/klausul och/eller premieförhöjning eller avslås. Ansvar för en försäkring som beviljas med klausul och/eller premieförhöjning börjar gälla först sedan du som försäkrad erbjudits försäkringen och där du som försäkrad accepterat erbjudandet.

För gruppförsäkring som tecknas av företaget (försäkringstagaren) för sina anställda (de försäkrade) har försäkringstagaren inte rätt att ta del av den försäkrades hälsostatus eller försäkringsmedicinsk bedömning rörande denne. Av samma orsak kan försäkringsgivaren neka att motivera och förklara eventuella inskränkningar och premieförhöjningar för försäkringstagaren.

Vid normalbeviljad försäkring kan undantag finnas för åkommor som fanns före försäkringens tecknande.

A.7 Anslutningsformer

Anslutning till grupp försäkringen kan ske på olika sätt, se nedan. För försäkringsprodukterna Olycksfallsförsäkring och Sjukvårdsförsäkring sker anslutningen i samtliga tre anslutningsformer mot intygande av full arbetsförmåga.

Obligatorisk anslutning: För grupper med minst 15 anslutna individer krävs endast att man är fullt arbetsför (se definition), upp till de nivåer av försäkringsbelopp som överenskommit i gruppavtalet. Önskas högre försäkringsbelopp krävs en fullständig hälsodeklaration. För grupper med 5–14 anslutna individer krävs förenklad hälsodeklaration. Obligatorisk försäkring kan ej tecknas av medförsäkrad. Sjukavbrott ingår inte i obligatorisk anslutning.

Automatisk anslutning: Vid automatisk anslutning erbjuds försäkringar utan kostnad de första tre månaderna, så kallad Förskyddstid. Om kunden inte tackar nej till försäkringen under gratisperioden övergår den till en betald försäkring. För grupper med minst 15 anslutna individer krävs endast att man är fullt arbetsför (se definition), upp till de nivåer av försäkringsbelopp som överenskommit i gruppavtalet. Önskas högre försäkringsbelopp krävs en fullständig hälsodeklaration. För grupper med 5–14 individer räcker förenklad hälsodeklaration. För högre försäkringsbelopp krävs en fullständig hälsodeklaration. Automatisk anslutning kan ej tecknas av medförsäkrad.

Frivillig anslutning mot hälsodeklaration: Den försäkrade kan lägga till frivilliga försäkringar och högre ersättningsbelopp – för hälsoprövningsregler se ansökan. Medförsäkrad tecknar alltid försäkring mot fullständig hälsodeklaration.

A.8 När försäkringen börjar gälla (Frivillig/Obligatorisk grupp försäkring)

Försäkringen börjar gälla dagen efter den dag då fullständig skriftlig ansökan/hälsodeklaration skickats in till förmedlaren, försäkringsgivaren eller grupp företrädare. Detta gäller dock bara under förutsättning att försäkringen kan beviljas till normala villkor och premier, enligt de riskbedömningsregler som försäkringsgivaren då tillämpar.

Vid tvist om från vilket datum en försäkring trätt i kraft gäller ankomstdatum hos försäkringsförmedlaren/försäkringsgivaren/grupp företrädaren, om inte försäkringstagaren kan styrka ett annat datum för avsändande. Om det framgår av ansökan att försäkringen ska börja gälla först från en senare tidpunkt gäller denna senare tidpunkt.

För utökning och höjning av försäkringsskydd gäller samma bestämmelser som vid ny ansökan om försäkring. Ska enligt tillämpade regler försäkring helt eller delvis återförsäkras, träder försäkringen i denna del inte i kraft förrän återförsäkring beviljats.

A.9 Försäkring tecknad genom försäkringsförmedlare

Är försäkringen tecknad genom försäkringsförmedlare gäller följande:

- Återkallas försäkringsförmedlaren fullmakt helt eller delvis ska försäkringstagaren omgående meddela bolaget.
- Försäkringsförmedlaren har skyldighet att vidarebefordra sådan information om försäkringsavtalet som bolaget är skyldig att lämna till en försäkringstagare/ grupp företrädare.

A.10 Ångerrätt

Försäkringstagaren har 14 dagars ångerrätt, efter att erhållit försäkringshandlingarna, för ett frivilligt avtal som ingåtts på distans - enligt Distansavtalslagen. För livförsäkringar gäller 30 dagars ångerrätt. För att utnyttja ångerrätten ska den försäkrade meddela företrädaren för gruppen eller Vitea Life inom ångerfristen. Försäkringen sägs då upp från begynnelsedagen. Har premie inbetalats, återbetalas premien och bolaget har inget ansvar.

A.11 Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen

Vid frivillig grupp försäkring har du rätt att när som helst säga upp försäkringen att genast upphöra. Vid obligatorisk grupp försäkring kan du när som helst avstå från försäkringen. Uppsägning eller anmälan om avstående gör du till företrädaren för gruppen eller till oss. Om inte annat anges upphör försäkringen dagen efter den dag uppsägningen kom fram till oss. Försäkringsgivaren har alltid rätt till premiebetalning för den tid som försäkringen varit gällande.

A.12 Premie, premiebetalning, uppsägning p.g.a. obetald premie och premiebefrielse

Priset för försäkringarna, premien, beräknas och fastställs för ett år i taget. Premiens storlek bestäms bland annat med hänsyn till gruppens sammansättning, åldersfördelning på de försäkrade och skadeutveckling inom gruppen. Varje grupp har en gemensam huvudförfallodag för samtliga försäkringar eller en egen huvudförfallodag för varje försäkring. För grupper med gemensam huvudförfallodag blir den första försäkringsperioden för den försäkrade from begynnelsedagen fram till huvudförfallodagen, och därefter blir försäkringsperioden ett år.

Första premien:

Den första premiebetalningen för nytecknad försäkring ska erläggas inom 14 dagar från det att premiefakturan sändes från försäkringsgivaren eller den som för försäkringsgivarens räkning avsänt avisering om premiebetalning.

Förnyelsepremie:

Förnyelsepremien betalas i förskott och skall vara erlagd senast på försäkrings- och premieperiodens första dag, men inte förrän tidigast en månad från den dag då premiefaktura avsänts.

Uppsägning p.g.a. obetald premie:

Betalas inte premien i tid, får försäkringsgivaren säga upp försäkringen för upphörande, om inte dröjsmålet är av ringa betydelse. Uppsägning får verkan 14 dagar efter den dag då den avsändes, om inte premien betalas inom denna tidsfrist.

Vid särskilda hinder mot att betala premien för förnyad försäkring kan betalningsfristen förlängas i högst 3 månader om försäkringstagaren inte kunnat betala premien p.g.a. frihetsberövande, svår sjukdom, utebliven pension eller lön.

Premiebefrielse:

Premiebefrielse ingår ej.

A.13 Tjänstledighet och föräldraledighet

För tjänstledighet och föräldraledighet kan försäkringstagaren fortsätta med inbetalning av premie för den företagsbetalda försäkringen. Om försäkringstagaren under tjänstledigheten/föräldraledigheten upphör att betala premien har den anställde rätt att efter tjänstledighetens/föräldraledighetens slut återinträda i försäkringsavtalet med samma försäkringsskydd som gällde före tjänstledigheten/föräldraledigheten. För återinträde krävs att tjänstledigheten/föräldraledigheten inte varat längre tid än 18 månader samt att den anställde är fullt arbetsför vid återinträdet. Om anmälan om återinträde görs senare än tre månader efter det att den anställde är tillbaka i tjänst hos arbetsgivaren, krävs ny hälsoprövning. Om tjänstledigheten/föräldraledigheten varat längre tid än 18 månader måste den anställde ansöka om ny försäkring. Ny hälsoprövning kommer då att krävas.

A.14 Återupplivning

Har försäkringen upphört att gälla kan försäkringen återupplivas till sin tidigare omfattning genom att premie betalas inom 3 månader från den dag försäkringen upphörde att gälla p.g.a. obetald premie. Försäkringen blir då åter gällande dagen efter den dag då premien betalades. Premiebetalningen ska avse hela den premieperiod för vilken premien varit obetald. Nytecknad eller av försäkringstagaren uppsagd försäkring återupplivas inte. Återupplivning kan inte göras bara på medförsäkrads försäkring.

Om försäkringen återupplivas, gäller försäkringen inte för försäkringsfall som inträffat under den tid då försäkringen inte var i kraft, inte heller för försäkringsfall som inträffat efter det att försäkringen återupplivats, om försäkringsfallet har sitt ursprung från en händelse som inträffade då försäkringen inte var i kraft. Försäkringsgivarens ansvar inträder först från och med dagen efter den dag då premiebeloppet betalats.

Rätten till återupplivning kan begränsas om det är nödvändigt p.g.a. försäkringens utformning eller andra omständigheter.

A.15 Återbetalning av premie

Upphör försäkringen i förtid efter det att premie betalats i förskott, återbetalas den del som avser tiden efter att försäkringen upphört. Premier som sammanlagt understiger 100 kronor återbetalas inte. Är försäkringsavtalet ogiltigt p.g.a. att den försäkrade lämnat oriktiga uppgifter, se punkt B.1, återbetalas inte premie för förfluten tid.

A.16 När försäkringen upphör

Försäkringen gäller längst till dess att försäkrad gruppmedlem/medförsäkrad uppnår slutålder 67 år. Gruppförsäkringen upphör dessförinnan att gälla om:

- gruppavtalet upphör gälla
- försäkrad gruppmedlem går ur försäkringen eller inte längre har möjlighet att tillhöra den försäkringsberättigade grupp av personer som kan försäkras
- uppsägning från försäkringsgivaren
- premie inte betalas i rätt tid, se "Premie och Premiebetalning"

Medförsäkrads försäkring:

Upphör gruppmedlemmens försäkring upphör också medförsäkrads och försäkrat barns försäkring att gälla. Medförsäkrads försäkring upphör dessutom att gälla vid utgången av den månad som:

- medförsäkrad uppnår den för försäkringen angivna slutålder
- gruppmedlemmen avlider
- äktenskapet, det registrerade partnerskapet eller samboförhållandet med den försäkrade upplöses

A.17 Fortsättningsförsäkring

En försäkrad som har omfattats av försäkring under minst 6 månader har rätt att få ett likvärdigt skydd utan ny hälsoprövning, om gruppavtalet upphör eller om den försäkrade lämnar kretsen av försäkringsberättigade innan slutåldern uppnåtts.

Medförsäkrad har dessutom rätt att teckna fortsättningsförsäkring om:

- gruppmedlem avlider
- äktenskap, registrerat partnerskap eller samboförhållande med gruppmedlem upphör eller
- om försäkrad gruppmedlem uppnår försäkringens slutålder före den medförsäkrade

Begränsningar:

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om försäkrad valt att säga upp försäkringen för sig själv och för medförsäkrad, men står kvar i den försäkringsberättigade gruppen.

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om försäkrad eller medförsäkrad har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag hos annan försäkringsgivare.

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie.

Försäkring som är obligatorisk för samtliga anställda där arbetsgivaren är premiebetalare – ett avtal där försäkrad (tredje man) inte är involverad i premiebetalningen via egen faktura eller löneavstående har rätt till fortsättningsförsäkring om försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie om ansökan inkommer till försäkringsgivaren inom 3 månader.

Fortsättningsförsäkring gäller längst till och med utgången av den månad som försäkrad fyller 65 år. Ansökan om fortsättningsförsäkring måste insändas till försäkringsgivaren inom 3 månader från den dag försäkrad träder ur gruppförsäkringen. Fortsättningsförsäkringens belopp får inte överstiga det belopp som senast gällde i gruppförsäkringen för den försäkrade.

Fortsättningsförsäkringen meddelas på särskilda villkor och med särskild premiesättning.

A.18 Rätt att ansöka om Seniorförsäkring

Seniorförsäkringen kan omfatta följande försäkringsprodukter:

- Olycksfall Sjukvård

En försäkrad som har omfattats av någon av gruppförsäkringen, under minst 6 månader, har rätt att ansöka om Seniorförsäkring utan ny hälsoprövning för de försäkringar du tidigare omfattats av.

Utträdet ska bero på antingen ålderspensionering eller slutålder för gruppavtalet. Även medförsäkrad ska träda ur gruppen när gruppmedlem uppnår slutåldern för gruppavtalet. Ansökan om seniorförsäkring ska vara försäkringsgivaren tillhanda senast inom 3 månader från utträdesdag ur gruppförsäkringen eller inom 3 månader från den dag då fortsättningsförsäkringen upphört. För seniorförsäkringen gäller särskilda försäkringsvillkor.

A.19 Efterskydd

Om en försäkrad som har omfattats av försäkring under minst 6 månader träder ur gruppen, av någon annan anledning än uppnådd slutålder för avtalet, upphör försäkringsgivarens ansvar mot försäkrad tre månader efter utträdet (efterskydd). Om en make/sambo är medförsäkrad och äktenskapet/samboförhållandet upplöses, upphör ansvaret mot medförsäkrad tre månader efter upplösningen av äktenskapet/förhållandet.

Begränsningar:

Efterskyddet gäller inte om den försäkrade varit försäkrad kortare tid än 6 månader, och inte heller om försäkrad på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag.

Efterskyddet gäller inte om gruppavtalet helt eller delvis har sagts upp av gruppen/behörig gruppföreträdare, eller om försäkrad själv har valt att säga upp försäkringen men fortfarande står kvar i den försäkringsberättigade gruppen.

Efterskyddet gäller inte om försäkringen sagt upp p.g.a. obetald premie.

Undantag:

Försäkring som är obligatorisk för samtliga anställda där arbetsgivaren är premiebetalare – ett avtal där försäkrad (tredje man) inte är involverad i premiebetalningen via egen faktura eller löneavstående, har fortsatt rätt till efterskydd om försäkringen sagts upp p.g.a. obetald premie.

Efterskyddet gäller inte om försäkrad under efterskyddstiden ansluter dig till en annan gruppförsäkring eller tecknar fortsättningsförsäkring.

A.20 Överlåtelse och Pantsättning

Försäkringen kan inte överlåtas eller pantsättas.

B. BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS ANSVAR

B.1 Upplyningsplikt

Försäkringstagaren och/eller den försäkrade är skyldig att på försäkringsgivaren eller dess samarbetspartners begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkring skall meddelas, utvidgas, förnyas eller handläggas i övrigt. Försäkringstagaren och den försäkrade ska lämna riktiga och fullständiga svar på frågorna.

Om försäkringsgivaren under försäkringstiden får kännedom om att upplysningsplikten har åsidosatts, får försäkringsgivaren säga upp försäkringen. Den försäkrade/medförsäkrade eller gruppföreträdaren ska skyndsamt anmäla till försäkringsgivaren om den försäkrade träder ur den försäkringsberättigade gruppen och inte längre kan omfattas. Anmäls inte ovanstående betalas högst de senaste 12 månaders premie tillbaka.

Om försäkrad inte anmäler förändringar i tid, börjar dessa gälla enligt de allmänna bestämmelserna för försäkringens ikraftträdande, det vill säga tidigast från den dag anmälan inkom till försäkringsgivaren.

B.2 Oriktiga uppgifter

Om oriktiga, svekliga eller ofullständiga uppgifter har lämnats kan det medföra att försäkringen blir ogiltig, ändras eller sägs upp, och att försäkringsgivaren blir fri från ansvar för försäkringsfall enligt bestämmelserna i Försäkringsavtalslagen (FAL) och i svensk lag i övrigt. Om försäkringsgivaren är fri från ansvar, har försäkringsgivaren rätt att återkräva redan lämnad ersättning av den försäkrade. Inbetald premie återbetalas inte. Sådan inskränkning gäller även mot förmånstagare.

B.3 Framkallande av försäkringsfall

Om försäkrad med uppsåt framkallar ett försäkringsfall utbetalas ingen ersättning. Om försäkrad med grov vårdslöshet framkallar ett försäkringsfall kan ersättning utebli eller minskas med ett särskilt avdrag efter vad som är skäligt med hänsyn till vårdslöshet och omständigheterna i övrigt.

Om försäkrad handlar eller underlåter att handla på ett sätt som medför betydande risk för skada och därigenom framkallar ett försäkringsfall, kan ersättning utebli eller minskas med ett särskilt avdrag efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna, om försäkrad insåg eller borde ha insett att handlandet eller underlåtenheten att handla innebar betydande risk för skada. Faktorer som kan ha särskild betydelse vid denna bedömning är om försäkrad i samband med försäkringsfallet använder alkohol, annat berusningsmedel eller läkemedel på sådant sätt att det påverkar handlandet.

B.4 Själv mord

Har den försäkrade begått självmord efter att det förflutit ett år sedan försäkringen trädde i kraft eller senast återupplivades ansvarar försäkringsgivaren för försäkringsfallet. Har den försäkrade begått självmord inom ett år från det att försäkringen trädde i kraft eller senast återupplivades, ansvarar ändå försäkringsgivaren, om det kan antas att försäkringen tagits eller återupplivats utan tanke på självmordet. Vid utökning eller höjning av försäkringen gäller också sådan tidsfrist för utökad del.

B.5 Vid brottslig handling och påverkan av alkohol och missbruk

Vid olycksfallsskada eller sjukdom kan ersättningen reduceras, upphöra eller utebli helt då den försäkrade:

- uppträtt grovt vårdslöst
- utfört eller medverkat till brottslig handling som enligt svensk lag kan leda till fängelse
- varit påverkad av, eller skadan kan anses föranletts av missbruk och/eller överkonsumtion av alkohol, andra berusningsmedel/droger, sömnmedel, narkotiska preparat, dopingpreparat eller felaktig användning av läkemedel, eller följer därav

För att ovan nämnda begränsningar i försäkringens giltighet ska vara aktuella krävs att den händelse som förorsakat skadan är en direkt följd av eller kan anses ha samband med ovanstående. Ovanstående begränsningar gäller inte om försäkrad ännu inte fyllt 18 år. Försäkringen gäller heller inte för skada där det får antas att den skadevållande händelsen föranletts av att försäkrad var under påverkan av en allvarlig psykisk störning.

B.6 Undantag för sjukdom/symptom som visat sig innan försäkringen började gälla

Försäkringen gäller inte för sjukdom, kropps fel eller psykisk utvecklingsstörning och inte heller för följder av sådana tillstånd där symtomen visat sig innan försäkringen började gälla, även om diagnos kan fastställas först vid senare tidpunkt.

B.7 Försäkring beviljad endast med kravet om "Fullt arbetsför"

Försäkring beviljad endast med kravet om Fullt arbetsför (se definitioner) gäller, om inget annat framgår av Gruppavtalet, enligt följande:

- försäkringen omfattar inte någon befintlig åkomma eller följder därav, varmed avses åkomma som varit journalförd, behandlad eller känd av den sökande, innan försäkringen började gälla. Gruppavtalet kan dock innehålla andra regler.

C. BEGRÄNSNINGAR I FÖRSÄKRINGARNAS GILTIGHET

C.1 Vid utlandsvistelse som inte berörs av begränsningar vid krigstillstånd eller politiska oroligheter

Försäkringen gäller vid vistelse utanför EU/EES längst i upp till ett år.

Försäkringen gäller även vid vistelse i hela världen under obegränsad tid om den försäkrade, den försäkrades make/maka, sambo eller registrerad partner är:

- i utlandstjänst hos svenska staten, ett svenskt företag eller en svensk ideell förening
- i tjänst hos ett utländskt företag med fast anknytning till Sverige
- i tjänst hos en sammanslutning av stater där Sverige är medlem
- i tjänst hos internationell organisation med fast anknytning till Sverige
- utlandsstuderande
- au pair.

För att vistelsen utomlands ska anses avbruten vid tillfälliga uppehåll i Sverige och ny utlandsvistelseperiod påbörjas, krävs att den försäkrade varit i Sverige i minst 90 dagar.

Vid olycksfall utanför Norden lämnar försäkringen endast ersättning för Medicinsk invaliditet, Bestående ärr samt Dödsfall som inträffar i direkt anslutning till olycksfallet. Dock lämnas ersättning för kostnader som uppstått i Sverige efter olycksfallsskada utanför Norden.

Även sjukperiod som fortsätter efter hemkomst till Sverige eller till annat land inom Norden berättigar till ersättning från sjukinkomstförsäkringen. Datum för hemkomsten är den dag som sjukperioden försäkringsmässigt är påbörjad. Den försäkrade ska tillhandahålla handlingar som styrker arbetsoförmågan och sjukperiod från landets (inom Norden) allmänna försäkringssystem (landets motsvarighet till Försäkringskassan).

C.2 Om den försäkrade flyttar utomlands

Om den försäkrade flyttar utomlands gäller följande:

- Upphör försäkringen att gälla.

C.3 Vid krigstillstånd, politiska oroligheter, terrorism och massförstörelsevapen

Försäkringen gäller inte för försäkringsfall vid krig och/eller krigsförhållanden i Sverige för vilken särskild lagstiftning gäller. Av lagstiftningen följer bl.a. att försäkringsgivaren har rätt att ta ut tilläggspremie s.k. Krigspremie för försäkringen som omfattas av krigsansvarighet.

Försäkringen gäller inte för försäkringsfall som har samband med krig, krigsliknande politiska oroligheter, väpnad konflikt eller likande i länder eller områden utanför Sverige. Försäkringarna gäller heller inte för försäkringsfall som inträffar inom 1 år efter ett sådant deltagande och som kan anses vara en följd av kriget eller de politiska oroligheterna.

Utbryter krig eller oroligheter medan försäkrad vistas i området gäller försäkringen under den första månaden under förutsättning att försäkrad inte deltar i kriget eller de politiska oroligheterna.

Försäkringen gäller inte för skadefall som helt eller delvis, direkt eller indirekt, orsakats av, eller är en följd av, eller som förvärrats av:

- Biologiska massförstörelsevapen
- Kärnmassförstörelsevapen
- Kemiska massförstörelsevapen
- Terroristhandling med användande av biologiska-, kärn- eller kemiska massförstörelsevapen, hur dessa än sprids eller kombineras

C.4 Vid flygning

Försäkringen gäller inte vid flygolycka om den försäkrade är förare eller har annan funktion ombord vid:

- militärflygning
- avancerad flygning eller yrkesmässig provflygning
- flygning som utförs av flygbolag som inte är koncessionerat i nordiskt land.

C.5 Undantag avseende sport och idrott

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

C.6 Epidemi, pandemi

Försäkringen omfattar inte sådan sjukdom, eller följer därav, som Världshälsoorganisationen (WHO) fastställts som epidemi eller pandemi. Begränsningen tillämpas inte på omfattningarna dödsfall i Livförsäkringen och sjukhusvistelse i Barn- & ungdomsförsäkringen.

C.7 Force Majeure

Försäkringsgivaren är inte ansvarig för ekonomisk förlust som kan uppstå om utredning rörande försäkringsfall eller utbetalning fördröjs på grund av krig, politiska oroligheter, lagbud, myndighetsåtgärd, eller strejk.

C.8 Patientskador

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeförsäkring och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning för personskada på patient som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige är således en fråga för patientförsäkringen och ersätts inte enligt dessa gruppvillkor.

D. REGLERING AV SKADA/FÖRSÄKRINGSFALL

D1. Åtgärd vid ersättningsanspråk

Anmälan om sjukdom, olycksfall och dödsfall, som kan ge rätt till ersättning, ska snarast möjligt anmälas till försäkringsgivarens skadeavdelning på Vitea Life AB.

Skadeanmälan görs på www.vitealife.se/skador

De handlingar och övriga upplysningar som försäkringsgivaren anser vara av betydelse för bedömning av sin ansvarighet ska anskaffas och insändas utan kostnad för försäkringsgivaren. Om begärda handlingar och övriga upplysningar inte inkommer till försäkringsgivaren kan det medföra att rätten till ersättning inte kan bedömas. Ersättning kan i sådant fall inte utbetalas. Vid dödsfall ska de efterlevande anskaffa dödsfallsintyg och släktutredning från lokala Skatteverket, samt i förekommande fall intyg om dödsorsak.

Medgivande ställt till försäkringsgivaren eller dess samarbetspartners att för bedömning av sin ansvarighet inhämta nödvändiga upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, statliga- och kommunala myndigheter, Försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning ska lämnas på försäkringsgivarens begäran. Frågan om nödvändigheten kan på den försäkrades begäran prövas i särskild ordning.

Förutsättningar för rätt till ersättning vid olycksfallsskada är att försäkrad:

- snarast anlitar ojävig läkare/tandläkare,
- under sjuktiden står under fortlöpande läkartillsyn,
- följer läkarens föreskrifter,
- aktivt deltar i av Försäkringskassan/försäkringsgivaren/arbetsgivaren och/eller läkares rekommenderade rehabiliteringsåtgärder,
- i övrigt följer försäkringsgivarens anvisningar.

Försäkringsgivaren kan begära att den försäkrade inställer sig för undersökning och behandling av särskilt anvisad läkare eller vårdinrättning. Kostnad betalas i dessa fall av försäkringsgivaren. Om försäkrad inte följer anvisningar kan rätten till ersättning reduceras, upphöra eller utebli.

Den som gör anspråk på ersättning för kostnader ska kunna styrka detta med originalkvitto.

D2. Värdesäkring

För de försäkringar där ersättning bestäms av prisbasbelopp, tillämpas det prisbasbelopp som gäller då försäkringsgivaren betalar ut ersättningen. Eventuella förskott eller delersättningar avräknas från det beloppet.

D3. Tidpunkter för utbetalning samt räntebestämmelser

När rätt till försäkringsersättning uppkommit och den försäkrade preciserat krav på ersättning ska utbetalning ske senast 30 dagar efter det att: de åtgärder som angivits för utbetalning fullgjorts, och/eller utredning presenterats som skäligen kan begäras för att fastställa försäkringsgivarens betalningsskyldighet och till vem utbetalning ska göras.

Sker utbetalning senare än vad som ovan angivits betalas dröjsmålsränta enligt räntelagen. Beräkning av dröjsmålsränta görs på ersättning som beräknats med det prisbasbeloppet som gällde när rätten till ersättning uppkom. Härutöver ansvarar försäkringsgivaren inte för förlust som kan uppstå om utredning rörande skade- & försäkringsfall eller utbetalning fördröjs.

Dröjsmålsränta betalas inte om dröjsmålet beror på:

- krig eller politiska oroligheter
- lagbud
- myndighetsåtgärd
- strejk

Dröjsmålsränta betalas inte heller om dröjsmålet beror på händelse under stycket Preskription eller Force Majeure.

D4. Preskription

Den som vill ha försäkringsersättning eller annat försäkringsskydd måste väcka talan mot försäkringsgivaren inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsavtalet berättigar till sådant skydd inträdde.

Med förhållande avses de förutsättningar i försäkringsavtalet/gruppavtalet, försäkringsbeskedet och försäkringsvillkoren som måste vara uppfyllda för att rätt till ersättning ska föreligga. Preskriptionstiden börjar löpa när rätt till ersättning från försäkringen föreligger.

Den som framställt sitt anspråk till försäkringsgivaren inom den tid som anges här, har dock alltid minst sex månader på sig att väcka talan från den dag försäkringsgivaren tagit slutlig ställning till anspråket.

D5. Registrering av skadeanmälan

Försäkringsgivaren har rätt att i ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmälda skador i anledning av denna försäkring. Personuppgiftsansvarig för GSR är GSR AB, Box 24171, 104 51 Stockholm. Telefonnummer 08-522 780 00.

E. Olycksfall & Sjukvård med remisskrav

E.1 Allmänt

Försäkringen gäller dygnet runt, under såväl arbetstid som fritid.

Försäkringen gäller längst fram till den dag den försäkrade fyller 67 år (slutålder), om inget annat framgår av gruppavtalet.

En olycksfallsskada är en kroppsskada som drabbar den försäkrade genom en ofrivillig, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld). Kroppsskada som uppkommer genom värmeslag, solsting, förfrysning, vridvåld mot knä, hälseneruptur samt borreliainfektion och TBE till följd av fästingbett jämföras med olycksfallsskada.

För att en olycksfallsskada enligt försäkringsvillkorens mening ska föreligga måste de fyra kriterierna (kroppsskada, ofrivillig, plötslig, yttre händelse) var uppfyllda. Förutsättningen för rätt till ersättning är att den försäkrade utan dröjsmål anlitar behörig ojävig läkare och att kroppsskadan är så allvarlig att läkarbehandling har krävts.

Detta kan medföra att händelser som i dagligt tal kallas olycksfall inte är en olycksfallsskada.

Olycksfallsförsäkringen gäller för försäkrad vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden, och för kostnader inom offentligvården och endast upp till gällande högkostnadsskydd.

Sjukvård till följd av olycksfallsskada gäller, efter remiss från offentligvården, och efter utredning att skadan är att betrakta som en olycksfallsskada enligt dessa försäkringsvillkor. Ersättning lämnas för åtgärder, kostnader och tjänster för vård inom Sverige till följd av olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. All privat vård utförs av leverantörer/vårdgivare som i förväg anvisats av försäkringsgivaren, och som ingår i försäkringsgivarens vårdgivarnätverk. Sjukvårdsdelen är till för planerad vård d.v.s. ej för akuta skador.

E.2 Läkekostnader (Olycksfall)

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för vård och behandling av behörig läkare, vård på sjukhus samt behandling och hjälpmedel som behörig läkare föreskrivit för skadans läkning.

Försäkringsersättning lämnas för offentligt subventionerad vård och endast upp till gällande högkostnadsskydd.

För sjukhusvård medges försäkringsersättning för den av landstingen fastställda dygnsavgiften. Om den försäkrade fått remiss till sjukgymnast, men väljer alternativ behandling, lämnas försäkringsersättning för sådan behandling upp till motsvarande patientavgiften vid sjukgymnastik i offentlig vård.

Försäkringsersättning lämnas under längst 3 år för läkekostnader räknat från skadetillfället. Olycksfallsskada som medfört en invaliditet, men där inte slutreglering kunnat ske inom 3 år, lämnas ersättning tills att slutreglering kunnat ske. Har invaliditetsersättning utbetalats lämnas inte någon ytterligare försäkringsersättning för läkekostnader.

E.3 Resekostnader (Olycksfall)

Vid vård och behandling som föreskrivits av behörig läkare för skadans läkning lämnas ersättning för resekostnader.

Försäkringskassa/arbetsgivare och/eller skol-/kommunförsäkring ska i första hand lämna ersättning för utökade resekostnader avseende resor mellan den försäkrades bostad och skola eller arbetsplats.

Den försäkrades hälsotillstånd avgör vilket färdstätt som försäkringsersättning lämnas för. Behörig läkare ska styrka behovet, och försäkringsersättningen lämnas för det billigaste färdstättet som den försäkrades hälsotillstånd medger. För resa med egen bil lämnas försäkringsersättning enligt Skatteverkets riktlinjer.

Försäkringsersättning lämnas under längst 3 år för resekostnader räknat från skadetillfället.

Olycksfallsskada som medfört en invaliditet, men där inte slutreglering kunnat ske inom 3 år, lämnas ersättning tills att slutreglering kunnat ske.

Har invaliditetsersättning utbetalats lämnas inte någon ytterligare försäkringsersättning för resekostnader.

E.4 Tandskadekostnader (Olycksfall)

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för behandling av tandskada av behörig tandläkare vid olycksfallsskada. Skada på implantat och tandprotes som fanns på plats i munnen när den skadades, räknas även som tandskada.

För försäkringsersättning av uppkommen behandling av tänder i Sverige krävs att behandlingen omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Behandling av implantat ersätts inte om denna behandling inte omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen. Alla kostnader för behandling av tänder ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

Försäkringsersättning lämnas för behandling av tänder inom 5 år räknat från skadetillfället. Sådan uppskjuten tandbehandling ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

Har slutbehandling skett av tandskada och försäkringsersättning betalats, lämnas ingen ytterligare försäkringsersättning.

Om tandbehandlingsbehov redan förelåg vid skadetillfället på de skadade tänderna, har försäkringsgivaren rätt att justera ner försäkringsersättningens storlek.

E.5 Merkostnader (Olycksfall)

Behöver den försäkrade behandlas av tandläkare eller läkare på grund av olycksfallsskada lämnas försäkringsersättning för:

- skäliga oundvikliga utökade merkostnader som uppstått till följd av olycksfallsskadan, under skadans akuta läknings- och behandlingstid, lämnas försäkringsersättning med maximalt 1 prisbasbelopp.
- kläder och andra normalt burna personliga tillhörigheter som skadats vid olycksfallet t ex. cykelhjälm, glasögon och skor, lämnas försäkringsersättning med maximalt 0,5 prisbasbelopp.

Nedanstående värderingstabell används av försäkringsgivaren vid försäkringsersättning av personliga tillhörigheter. Tabellen visar värdet i procent av nypriset beroende av åldern på föremålet.

Ålder	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5 år el. äldre
Procent	100	80	60	40	20	0

För merkostnader som uppstått i näringsverksamhet lämnas ingen försäkringsersättning, det är endast merkostnader som privatperson som ersätts.

E.6 Rehabilitering och hjälpmedel (Olycksfall)

Om förändringar i boendemiljö, förändringar i andra levnadsförhållanden eller särskilda hjälpmedel behövs på grund av olycksfallsskadan, lämnas försäkringsersättning med maximalt 2 prisbasbelopp. Kostnaderna ska vara skäliga och uppstått efter tiden då behandlingen var akut, samt i förväg godkänts av försäkringsgivaren.

Med rehabiliterande behandling menas här, åtgärder av medicinsk art, vård, behandling, träning eller omskolning som efter den akuta behandlingstiden görs för att minska invaliditeten, och förbättra funktionsförmågan. Som rehabilitering räknas inte åtgärder som syftar till att upprätthålla den funktionsförmåga som den försäkrade fått efter olycksfallsskadan, så kallad underhållsbehandling anses inte som rehabilitering. Det krävs även att rehabiliteringen är begränsad i tid.

Ersättning kan lämnas för kostnaderna för:

- omskolning, arbetsträning och arbetsprövning (kompetenshöjande utbildning ersätts inte),
- av behandlande behörig läkare remitterad behandling och vård, maximalt 10 tillfällen behandlingen får inte påbörjas innan försäkringsgivaren har tagit del av remissen, som inte får vara äldre än 6 månader, och godkänt denna,
- kostnader av engångskaraktär såsom förändringar i huvudsaklig bostadsmiljö, andra levnadsförhållanden, dessa avsedda för att den försäkrade skall kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Standardhöjande åtgärder som leder till ökad kostnad ersätts inte,
- hjälpmedel med syfte att öka den försäkrades förmåga till rörelse och reducera en möjlig framtida invaliditet.

Har försäkringen redan lämnat ersättning för medicinsk invaliditet, lämnar försäkringen ingen ytterligare ersättning för hjälpmedel.

E.7 Invaliditet (Olycksfall)

Medicinsk invaliditet är en fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas av behörig läkare, oberoende av arbetsförhållanden, yrke eller fritidssysselsättningar.

E.8 Medicinsk invaliditet (Olycksfall)

När kroppsfunktionen övergått i ett permanent men inte livshotande tillstånd på grund av olycksfallsskadan och medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunktion, utbetalas invaliditetsersättning. Detta sker tidigast 1 år räknat från den tidpunkt då olycksfallet inträffade och att försäkringen under tiden för olycksfallet var gällande.

Fastställande av slutgiltig invaliditetsgrad ska om möjligt ske inom 3 år från olycksfallsskadan, men kan uppskjutas så länge detta enligt medicinsk erfarenhet är nödvändigt.

Vid bedömning av invaliditetsgraden beaktas protesfunktion om den försäkrades funktionsförmåga förbättras genom användning av denna. Motsvarande gäller korrektion vid syn- och hörselskador vilken kan ske med hjälp av glasögon, kontaktlinser och hjälpmedel vid hörselnedsättning. Bedömningen görs oberoende av till vilken grad den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms enligt tabellverket "Gradering av medicinsk invaliditet", utgiven av Svensk Försäkring.

Hur beräknas ersättningen?

Försäkringsbeloppet för invaliditet framgår på försäkringsbeskedet dock maximalt 30 prisbasbelopp och är lika med det maximala ersättningsbeloppet.

Ersättning utbetalas med så stor del av försäkringsbeloppet som motsvarar den medicinska invaliditetsgraden. Åldersavtrapning av försäkringsbeloppet görs med 5 procentenheter för varje år from 46 års ålder, som lägst ner till 25%.

Invaliditetsgrad som uppgår till 80 procent eller mer ersätts med 100 procent av försäkringsbeloppet. Om olycksfallsskadan medfört skador på ett flertal kroppsdelar så att invaliditetsgraden överstiger 100 procent sammanlagt begränsas försäkringsbeloppet till 100 procent.

E.10 Bestående ärr (Olycksfall)

Ersättning för ärr som kvarstår 2 år efter bekräftad och godkänd olycksfallsskada som inträffat under försäkringsgivarens ansvarstid kan generera ersättning, och ersättning utbetalas efter försäkringsgivarens fastställda tabellverk. Ett absolut krav för att ersättning ska kunna lämnas är att skadan är så allvarlig att läkarbehandling har krävts. Med behandling avses här att läkaren vidtar någon behandling, exempelvis att sårskadan måste sys. Ersättning lämnas i procent av försäkringsbeloppet som gäller för medicinsk invaliditet. Ärrersättning lämnas ej för bagatellartade ärr och ej efter fyllda 65 år.

E.11 Händelseersättning (Olycksfall)

Händelseersättning är ett engångsbelopp som betalas ut om den försäkrade drabbas av en olycksfallsskada enligt villkorets definition och förutsättningen för rätt till ersättning är att den försäkrade utan dröjsmål anlitar behörig ojävig läkare och att kroppsskadan är så allvarlig att läkarbehandling har krävts, och med behandling avses här att läkaren vidtar någon åtgärd, exempelvis en sårskada som sys eller limmas. Ersättningen utbetalas en gång per ersättningsbar skada och försäkringsbeloppet framgår på försäkringsbeskedet.

E.12 Ersättning vid dödsfall (Olycksfall)

Ersättning vid dödsfall. Om det på grund av en olycksfallsskada sker ett dödsfall inom 3 år räknat från skadetillfället utbetalas 1 prisbasbelopp till den försäkrades dödsbo. . Försäkringsersättning lämnas för medicinsk invaliditet om dödsfall inträffar efter att 1 år har förflutit från den dag då olycksfallsskadan inträffade Försäkringsersättningen utbetalas efter den medicinska invaliditet som bedöms förelegat, då dödsfallet inträffade. Försäkringsersättningen utbetalas till den försäkrades dödsbo. Försäkringsgivaren utfärdar inte Bouppteckningsintyg.

E.13 Krishjälp (Olycksfall)

En försäkrad som råkat ut för ett traumatiskt tillstånd, omfattas av rätt till psykologkonsultationer till följd av:

- ersättningsbar olycksfallsskada enligt dessa villkor,
- nära anhörigs (förälder, syskon, mor/farförälder, make, sambo, den försäkrades barn) dödsfall,
- rån, hot, våldtäkt eller överfallsskada mot dig som försäkrad och som polisanmälts.

Krismomentet gäller för den försäkrade som privatperson (det vill säga ej för skador som inträffat i tjänsten).

Försäkringsersättning utgår för resor till och från ovanstående krisbehandling.

Genom krismomentet ersätts högst 10 behandlingstillfällen per försäkrad och skada. Behandling bokas av den försäkrade och ska i förväg godkännas av försäkringsgivaren.

E.14 Sjukvård till följd av olycksfall med remisskrav

E.14.1 Vad Sjukvårdsdelen ersätter

Vårdförsäkringen ger tillgång till den privata vårdsektorn, och försäkringen ersätter utgifter för operationer och andra avgifter för läkare i samband med sjukhusvård. Försäkringen ersätter vårdprocess som har till syfte att läka eller förbättra det medicinska tillståndet. Konsultationer hos specialister och generella förberedande och nödvändiga undersökningar, tester och provtagning, ersätts bara i direkt och omedelbar anslutning till behandlingen, normalt längst 6 månader från skadans uppkomst, om de är godkända i förväg av försäkringsgivaren och värderas som rimliga och relevanta för att få klarhet i vad den försäkrade lider av eller för att kontrollera en utförd behandling. Aktuella ersättningar framgår av gällande ersättningsöversikt. Vissa behandlingar finns bara inom den offentliga vården och kan därför inte bokas av oss.

E.14.2 Vårdrådgivning/ Vårdplanering

Försäkringen gäller med krav om remiss, och remissen ska vara utfärdad av läkare och får inte vara äldre än tre månader. Efter att remiss och skadeanmälan inkommit, se punkt E.18 och förutsatt att det är att betrakta som en olycksfallsskada enligt dessa villkor, får den försäkrade tillgång till vårdplanering och tidsbokning av legitimerade sjuksköterskor per telefon på vardagar mellan 08.00 – 17.00.

E.14.3 Transportkostnader

Försäkringen täcker den försäkrades nödvändiga och skäligena rese- och logikostnader med maximalt 1500 kr/dygn om behandlingen som försäkringen erbjuder finns längre bort än 100 km, enkel resa, från den försäkrades permanenta bostad. Resekostnader för avstånd kortare än 100 km ersätts inte. Om den försäkrade ska genomgå en större operation kan försäkringen också ersätta en nära anhörigs rese- och logikostnader (gäller för en person). Innan resan påbörjas ska vårdplaneringen kontaktas för godkännande och alla ersättningsberättigade transportkostnader och logikostnader ska alltid godkännas på förhand. Ersättning lämnas för det billigaste färdssättet som hälsotillståndet medger.

E.14.4 Vårdgivare och behandlingsmetoder

Läkare, specialister osv. som ger behandling måste ha behörighet i det land där de praktiserar sitt yrke. Dessutom ska metoden vara godkänd av de offentliga hälsovårdsmyndigheterna i landet där behandlingen äger rum. Behandlingsmetoder som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet ersätts inte. Behandlingsmetoder som ännu inte är godkända av de offentliga hälsomyndigheterna men är under vetenskaplig utredning, kan bara ersättas om de är godkända i förväg av försäkringsgivaren, och om de finns i försäkringsgivarens vårdgivarnätverk.

E.15 Ersättningsöversikt - Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

Inte i något fall får ersättningen överstiga räkningsbeloppet. Erhåller den försäkrade ersättning från försäkringsgivaren utöver det belopp som han/hon är berättigad till, är den försäkrade skyldig att utan dröjsmål återbetala det överskjutande belopp. Alla efterföljande betalningar som görs till försäkringsgivaren skrivs först av mot sådana utestående fordringar. I annat fall kommer försäkringsgivaren att reglera överskjutande belopp i annat mellanhavande mellan parterna. Ersättningsbeloppen är begränsade till normala, sedvanliga och skäligena kostnader i regionen eller landet där behandlingen ges. Avseende kostnader som uppstår utanför Sverige: Där det i försäkringsvillkoren finns en begränsning till högkostnadsskydd, ersätts kostnaden upp till gällande högkostnadsskydd i Sverige.

Sjukhusvistelse, operationer, behandlingar m.m. efter Remiss	
Vård exkl. behandlingar, per sängdygn	100 %
Vård på intensivavdelning, exkl. behandlingar	100 %
Operationer	100 %
Då sjukhus eller klinik använder sig av fast dagspris, inkl. behandlingar och operationer, per säng och dag	100 %
Laboratorie- och röntgenundersökning, skanning och annan läkarbehandling vid inläggning:	100 %
För för- och efterbehandling, samt kontroller som ordinerats av läkare efter operation/behandling och som är godkända i förväg av vårdplaneringen, lämnas ersättning i max. sex månader från första behandlingsdag Anlitas i stället offentligvården lämnas ersättning för patientavgiften med upp till maximalt 1 högstkostnadsskydd.	100 %
Rekonstruktiv kirurgisk behandling efter olycksfall. Behandlingen skall vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren	100 %
Specialistvård, diagnos, förberedande undersökning och efterbehandling efter Remiss	
Konsultation hos specialistläkare*	100 %
Laboratorieundersökning, röntgenundersökning och skanning*	100 %
Andra undersökningar ordinerade av specialistläkare*	100 %
*Ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren	
Sjukgymnastik/fysioterapi, behandling hos kiropraktor samt naprapat	
Behandling hos legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut*	100 %
Behandling hos legitimerad kiropraktor, legitimerad samt naprapat*	100 %
*Behandlingen ska vara godkänd i förväg av försäkringsgivaren. Ersätts vid max tio behandlingstillfällen per skada.	
Sjukgymnastik/fysioterapi/kiropraktorbehandling, efterbehandling efter sjukhusvistelse/operation	
Utöver ovanstående tio behandlingar kan försäkringen lämna ersättning för läkarordinerad sjukgymnastik/fysioterapi och/eller behandling hos kiropraktor efter operation samt efterbehandling i samband med operation, dock i max. fyra månader från första behandlingsdag.	100%

E.16 Ersättningsbelopp – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

Försäkringen täcker maximalt upp till SEK 2 000 000 kr per försäkrad och år.

E.17 Vårdgaranti – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

Vårdgaranti – Försäkringsgivaren lämnar garantiersättning för ett och samma skadefall om den försäkrade inte får kontakt med specialistläkare inom 6 helgfria arbetsdagar eller godkänd operation förmedlad av försäkringsgivarens vårdplanering inte genomförts inom 20 helgfria arbetsdagar under förutsättning att följande uppfyllts:

- att remiss är utfärdad av läkare och/eller specialistläkare,
- att försäkringsgivaren fått kännedom om remiss eller ordination,
- att försäkringsgivarens vårdplanering erhållit nödvändig medicinsk dokumentation för att kunna godkänna operation, samt att försäkringsfallet är ersättningsbart och medicinskt motiverat.

Garantin gäller ej om den försäkrade inte kan opereras av medicinska skäl, eller uteblir från inbokad behandling eller tackar nej till inbokad tid för operation. Vårdgaranti gäller för vård och operationer inom försäkringsgivarens vårdgivarnätverk, som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn.

Om vårdgarantin inte uppfylls får försäkrad ett engångsbelopp per dag:

- from den 7:e arbetsdagen fram till datum för specialistläkarkontakt, eller
- from den 21 dagen fram till datum för inskrivning för operation eller annan behandling på privatsjukhus.

Garantiersättningen utgår med 500 kr per dygn men maximalt upp till 10 000 kr.

E.18 Ansvarstid och försäkringstid – Sjukvårdsförsäkring med remisskrav

Ansvarstiden, det vill säga den längsta tid som ersättning kan lämnas för ett skadefall är 2 år räknat från tidpunkten för försäkringsfallet så länge försäkringen är i kraft. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också ersättningen.

För försäkringsavtal utan möjlighet till vidare försäkring och/eller fortsättningsförsäkring för den försäkrade p.g.a. uppnådd slutålder är ansvarstiden för pågående skada 3 månader från försäkringens sista giltighetsdag.

Om försäkring tecknad av arbetsgivare eller organisation lämnas obetald under pågående skadefall är ansvarstiden 1 år räknat från första anmälningsdagen. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som samma skadefall.

E.19 Kostnader som ersätts på annat sätt

Försäkringen ersätter inte kostnader som ersätts på annat sätt, till exempel via annan försäkring (exempelvis trafik-, patientskade- eller arbetsskadeförsäkring).

E.20 Åtgärder vid skada

Anmälan olycksfall som kan ge rätt till ersättning ska alltid göras via www.vitealife.se/skador, se även punkt D.1. För att få tillgång till privat vård via vårdplaneringen krävs en utredning för att fastställa om det är en ersättningsbar skada, och skadeanmälan ska alltid göras till www.vitealife.se/skador och remissen ska bifogas. Vårdplaneringen tar sedan kontakt med den försäkrade/skadelidande per telefon/epost när utredningen är klar.

E.21 Begränsningar i rätten till ersättning – Sjukvårdförsäkring

Försäkringen gäller inte för behandling som inte avser förväntat normalförlopp efter en olycksfallsskada. Om kropps fel (sjukdom, sjuklig förändring, fysiskt eller psykiskt handikapp) förelåg när olycksfallsskadan inträffade eller om detta tillstött senare utan samband med olycksfallsskadan gäller följande;

Kan det antas att kroppsfelet medfört att skadans följder förvärrats, lämnas endast ersättning för de följder som har uppkommit oberoende av kroppsfelet och enbart på grund av olycksfallsskadan.

Om inget annan framgår av försäkringsbeskedet så gäller försäkringen inte för någon befintlig åkomma, varmed avses åkomma som har varit journalförd, behandlad eller känd av den försäkrade innan försäkringen började gälla.

Försäkringen ersätter vårdprocess som har till syfte att varaktigt förbättra och/eller bota tillståndet hos den försäkrade.

Vidare är försäkringsgivaren inte ersättningsansvarig för kostnader som avser, beror på eller har uppstått till följd av:

- förebyggande vård
- vård och behandling av diagnostiserad kronisk skada eller en icke behandlingsbar skada, som kräver livslång behandling
- avsiktligt självförvållad kroppsskada
- alla former av experimentell vård
- tandvård och tandkirurgiska operationer inklusive bettskena, oavsett orsak
- behandling av naturläkare eller homeopat samt medicinering med naturmedicin eller homeopatiska preparat samt andra alternativa behandlingsmetoder
- läkarintyg
- hälsointyg
- behandling utförd av den försäkrade, hans/hennes partner eller föräldrar eller ett företag som ägs av någon av sagda personer
- epidemier där insatserna leds av offentliga myndigheter
- synkorrigering och synkorrigering behandling
- logoped
- ett avtalat besök, behandling eller operation på en mottagning, sjukhus eller klinik där den försäkrade uteblivit, och inte till försäkringsgivarens vårdplanering/vårdgivaren avbokad senast 24 timmar innan behandlingstid. Kostnaden debiteras den försäkrade.
- professionell sport
- organtransplantation
- konvalescens
- förebyggande hälsokontroller
- permanenta medicinska hjälpmedel, t.ex. hörapparat, fotbäddar, glasögon, linser mm
- förlorad arbetsinkomst
- försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk av alkohol, narkotika, narkotikaklassade läkemedel, sömnmedel, dopingpreparat eller missbruk av andra läkemedel eller berusningsmedel.

F. OM VI INTE KOMMER ÖVERENS

Om försäkrad inte är nöjd med ett beslut ska försäkrad först vända sig till handläggaren eller handläggarens närmaste chef. Om försäkrad efter förnyad kontakt med handläggaren/handläggarens närmaste chef ändå inte är nöjd ska försäkrad vända sig till försäkringsgivarens prövningsnämnd.

Slutligt beslut i ett försäkringsärende kan prövas av försäkringsgivarens prövningsnämnd. Nämnden består av en utomstående expert med lång erfarenhet från personskadeområdet, en jurist samt försäkringsgivarens, skade- respektive riskbedömningschef.

Försäkringsgivarens prövningsnämnd

Knif Trygghets Forsikring c/o Vitea Life AB

Vasagatan 28, 111 20 STOCKHOLM

Tel.nr 08 – 86 08 88

info@vitealife.se

Är du som försäkrad trots detta är missnöjd kan du vända sig till:

Allmänna reklamationsnämnden (ARN)

Box 174, 101 23 Stockholm

Telefon: 08-508 860 00

Besöksadress: Teknologgatan 8 C, Stockholm

ARN prövar inte ärenden som rör medicinska frågor, där särskild medicinsk kunskap krävs.

Sådana ärenden prövas i stället av:

Personförsäkringsnämnden (PFN)

Box 24067, 104 50 Stockholm Telefon: 08-522 787 20

Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

För kostnadsfri rådgivning kontakta:

Konsumenternas försäkringsbyrå (KFB)

Box 24215, 104 51 Stockholm

Telefon: 08-22 58 00, 08-24 88 91

Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

Tvist med anledning av försäkringsavtalet prövas av svensk domstol, i första hand vid tingsrätt, och med tillämpning av svensk lag. Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

G. BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER

Behandling av personuppgifter sker enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter m.m. (GDPR). Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom Försäkringsgivarens koncern samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personuppgiftsansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU- och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringstagare/försäkrade som önskar upplysningar om vilka personuppgifter som behandlas kan efter skriftlig ansökan erhålla sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter. Sådan ansökan skall vara egenhändigt undertecknad och ange försäkrings eller personnummer samt ställas till Knif Trygghet Forsikring AS c/o Vitea Life AB, Vasagatan 28, 111 20 Stockholm, Sverige Se mer på www.vitealife.se/integritetspolicy.

H. DEFINITIONER/ORDLISTA

Akut sjukvård: Med akut sjukvård avses sådan vård som ges vid sjukdom och/eller olycksfallsskada som kräver omedelbart omhändertagande exempelvis benbrott, bröst- eller buksmärtor.

Ansvarstid: Den tid under vilken försäkringen lämnar ersättning för godkänt skadefall.

Arbetsförmåga: Med arbetsförmåga menas att den försäkrade har fått arbetsförmågan helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfallsskada och har rätt till socialförsäkringsförmån från Försäkringskassan. Nedsättningen bedöms normalt enligt Socialförsäkringsbalken (2010:110) om inte annat anges. För att fastställa rätt till ersättning har försäkringsgivaren rätt att kräva att den försäkrade undersöks hos särskilt anvisad läkare.

Arbetstid: Arbetstid är sådan tid i verksamhet hos arbetsgivare, eller som egen företagare, som omfattas av lagen om arbetsskadeförsäkring. Som arbetstid betraktas också resor till och från arbetet.

Bestående arbetsförmåga: Arbetsförmåga som av försäkringsgivaren bedöms som livsvarig.

Existerande sjukdom: Existerande sjukdom gäller när sjukdomsförlopp, inklusive sjukdomar och åkommor har kommit försäkrade till kännedom eller att försäkrade borde känna till vid tidpunkten för anslutning till försäkringsavtalet. Existerande sjukdom kan ha samband arbetsförhet och kan påverka rätten till anslutning till försäkringen.

Fullt arbetsför: För att anses som fullt arbetsför krävs följande:

- kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar
- inte varit sjukskriven mer än 14 dagar de senaste 90 dagarna
- inte till någon del uppbära sjuklön från arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk-/aktivitetsersättning – även vilande eller tidsbegränsad, handikappersättning eller annan liknande ersättning,) inte ha särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning, inte heller ha pågående eller vilande arbetsskadelivränta.

Fysisk sjukdom: Med fysisk sjukdom menas sjukdom av kroppslig (icke psykisk) karaktär.

Förskydd: Det premiefria försäkringsskydd som en ny gruppmedlem automatiskt ansluts till utan ansökan, och som gäller under förutsättning att den försäkrade är fullt arbetsför.

Försäkrad: Den person på vars liv eller hälsa en försäkring gäller.

Försäkringsbesked: Upplysningar som försäkringsgivaren enligt lag ska lämnas till de försäkrade efter att en gruppförsäkring har meddelats, och som ska innehålla viktiga upplysningar om de tecknade försäkringarna, deras omfattning och om viktiga begränsningar av försäkringsskyddet.

Försäkringsavtal: Ett avtal om försäkringsskydd som ingås mellan en försäkringstagare och försäkringsgivaren. Ett försäkringsavtal om gruppförsäkring grundas på ett gruppavtal och innefattar förköpsinformation och försäkringsansökan, dessa försäkringsvillkor, utfärdat försäkringsbesked samt försäkringsavtalslagen (FAL) och svensk rätt i övrigt.

Försäkringsberättigad grupp: Den grupp som anges i ett Gruppavtal och för vilken Gruppförsäkringen har upphandlats.

Försäkringsförmedlare: Med försäkringsförmedlare avses någon som för potentiella försäkringstagare lägger fram eller föreslår försäkringsavtal och utför annat förberedande arbete innan försäkringsavtal ingås med en försäkringsgivare.

Försäkringsgivare: Försäkringsgivare är det norska försäkringsföretaget Knif Trygghet Forsikring A/S. Försäkringsgivaren företräds enligt fullmakt i Sverige av sitt svenska dotterföretag Vitea Life AB, org. nr. 559321-3126, som även på eget ansvar förmedlar försäkringar för försäkringsgivarens räkning.

Försäkringstagare: En fysisk eller juridisk person som tecknat Gruppförsäkring.

Försäkringstid: Den tid den försäkrade omfattas av försäkringen.

Försäkringsperiod: Varje grupp har antingen en gemensam huvudförfallodag för samtliga försäkringar eller en individuell huvudförfallodag för varje försäkring. För nytilkomna kunder i gruppen med gemensam huvudförfallodag blir första försäkringsperioden den tid som är kvar till gruppens huvudförfallodag. Varje försäkringsperiod därefter blir tolv månader.

Försäkringsfall/Skadefall: Tidpunkt för försäkringsfallet är vid:

- Olycksfall: när rätten till ersättning inträder

Försäkringsfallet regleras enligt vid var tid gällande försäkringsvillkor. Förutsättning för rätt till ersättning är att tidpunkten för försäkringsfallet är under försäkringstiden och att premien är betald.

Förmånstagare: Den eller de personer som är berättigade att enligt försäkringsvillkoren eller ett särskilt förmånstagarförordnande erhålla ersättning från livförsäkring vid den försäkrades dödsfall.

Grupp: Det företag, organisation eller förening som ingått ett gruppavtal med försäkringsgivaren.

Gruppavtal: Det avtal som träffas mellan Knif som försäkringsgivare och en företrädare för en viss grupp och som definierar gruppen samt utgör en förutsättning för Gruppförsäkring och dess fortsatta giltighet.

Gruppföreträdare: Den som företräder Gruppen och som anges i Gruppavtalet.

Gruppmedlem: En person som enligt Gruppavtalet omfattas av eller har rätt att ansöka om Gruppförsäkringen.

ICD-kod: De angivna ICD-koderna refererar till den internationella statistiska klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem ICD-10, fastställd av Världshälsoorganisationen. ICD ska tillämpas även om klassifikationen ändras eller om diagnoskoder ändras eller tillkommer. Klassifikationen finns på Socialstyrelsens hemsida (www.sos.se)

Inte behandlingsbar åkomma/Kronisk Sjukdom: Behandling av besvär, där läkare bedömer att sjukdomen/skadan/besväret inte är behandlingsbar, eller där den försäkrades åkomma kräver livslång behandling, dock ingår behandling fram tills en kronisk sjukdom eller skada blir diagnostiserad.

Karenstid: Den sammanhängande sjukperiod under försäkringstiden som ska pågå innan försäkrads rätt till ersättning inträder.

Make: Den person som den försäkrade är gift med. I begreppet make ingår även registrerad partner.

Medförsäkrad: Gruppmedlems make, registrerade partner eller sambo och som i den egenskapen omfattas av Gruppförsäkringen.

Merkostnader: Med merkostnader avses sådan kostnad som direkt orsakats av olycksfallsskadan och som annars inte skulle ha uppkommit.

Offentlig vård: Med offentlig vård menar vi sådan vård där subvention av behandlingskostnad lämnas med offentliga medel.

Olycksfallsskada: En olycksfallsskada är en kroppsskada som drabbar den försäkrade genom en ofrivillig, plötslig och yttre händelse (ett utifrån kommande våld).

Patientavgift: Egenavgift som den vårdsökande betalar i offentlig vård eller primärvården.

Preskription: Den tid som begränsar rätten att göra anspråk på ersättning. Inkommer anspråk efter preskriptionstiden löpt ut, har rätten till ersättning förlorats.

Privat vård: Med privat vård menar vi sådan vård som inte finansieras med offentliga medel.

Prisbasbelopp Prisbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) fastställs varje år och räknas fram på grundval av förändringar i det allmänna prisläget.

Remiss: Med remiss avses en handling som utfärdats av ex primärvården/företagshälsan, och som utgör en beställning då den försäkrade är i behov av vård, behandling, utredning, röntgen eller operation hos specialistläkare.

Sambo: Med sambor avses två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande och har ett gemensamt hushåll enligt sambolagen (2003:376).

Sjukdom: Med sjukdom menas en sådan försämring av hälsotillståndet, fysiskt eller psykisk, som inte är att betrakta som olycksfallsskada. Med sjukdom avses inte frivilligt orsakad kroppsskada. Sjukdomen anses ha inträffat den dag försämringen blev påvisbar och konstaterad av läkare.

Sjukhusvård: Vård som ges till en patient som är inskriven och ineliggande vid en vårdenhet under minst en natt. Med sjukhusvård avses inte permission.

Självrisk för försäkrad: Självrisken är den del av kostnaderna för vård och behandling som den försäkrade själv får betala vid varje skadetillfälle. För uppgift om självriskens storlek, se försäkringsbeskedet.

Sjukperiod: Den tid utan avbrott som försäkrad är arbetsoförmögen och sjukskriven enligt Socialförsäkringen samt erhåller ersättning från Försäkringskassan.

Socialförsäkringen: Socialförsäkringsbalken innehåller bestämmelser om socialförsäkringen som reglerar de förmåner som ingår i denna balk. Försäkringskassan administrerar dessa förmåner.

Symtomklausul: Ersättning beviljas inte för sjukdom, besvär, skada eller handikapp som visat symtom eller förelegat före försäkringens ikraftträdande, även om diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringen trätt i kraft.