

Översikt

Inledning

Dessa villkor gäller för Vårdförsäkring Special 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	3
3.1 Vad ersätter försäkringen	3
3.2 Vårdgaranti	3
4. Vårdservice	3
5. Självrisk	3
6. Ansvarstid och högsta ersättning	3
7. Begränsningar i rätten till ersättning	4
7.1 Sjukdom eller olycksfallsskada innan försäkringen träder i kraft	4
7.2 Viss vård och vissa behandlingar m.m	4
7.3 Kostnader som ersätts från annat håll	4
7.4 Uteblivna besök	4
7.5 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador	4
7.6 Övriga begränsningar	4
8. Utbetalning	5
9. Ordlista	6
Om du inte är nöjd	7
Information enligt dataskyddsförordningen ((EU) 2016/679)	7

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

Gruppavtalet

Till grund för vårdförsäkringen ligger ett gruppavtal mellan Försäkringsbolaget och en företrädare för gruppen av de försäkringsberättigade. Ett gällande gruppavtal är en förutsättning för att gruppföreträdaren eller en försäkringsberättigad person ska kunna teckna en försäkring och vidare en förutsättning för att försäkringen ska bestå. Om försäkringen är en obligatorisk gruppörsäkring utgör gruppavtalet samtidigt ett försäkringsavtal om Vårdförsäkring Special till förmån för gruppen av de försäkringsberättigade.

Parter

Parter är dels försäkringstagaren, dels Försäkringsbolaget.

Vem får teckna försäkringen?

Frivillig gruppörsäkring

Om försäkringen är en frivillig gruppörsäkring har en fysisk person som uppfyller förutsättningarna för att tillhöra den grupp som omfattas av ett gällande gruppavtal rätt att teckna försäkring.

Obligatorisk gruppörsäkring

Om försäkringen är en obligatorisk försäkring tecknar gruppföreträdaren försäkringen för gruppen av de försäkringsberättigade.

Den som tecknar försäkringen är försäkringstagare.

Referens: Ytterligare förutsättningar för att kunna omfattas av försäkringen framgår av 1. "Försäkringsavtalet", "Vad krävs av den försäkrade?".

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 och i gruppavtalet.

Försäkringen har inte tecknats i samband med tjänst.

Tillämpliga lagar

För försäkringsavtalet gäller försäkringsavtalslagen (2005:104) och svensk allmän lag i övrigt.

Twist angående avtalet ska prövas av svensk domstol. Detta gäller även om tvisten avser sjukdom eller olycksfallsskada som inträffat utomlands.

Vad krävs av den försäkrade?

Vid tecknandet av en frivillig gruppörsäkring, eller vid den tidpunkt då den försäkrade anmäls till en obligatorisk gruppörsäkring, ska den försäkrade vara fullt arbetsför och ha fyllt 16 år, men inte 71 år. Under hela försäkringstiden ska den försäkrade vara folkbokförd och bosatt i Sverige. Under hela försäkringstiden ska den försäkrade uppfylla de förutsättningar som uppställs enligt gruppavtalet för att tillhöra gruppen av försäkringsberättigade.

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

Om inte försäkringen upphört tidigare av annan anledning, upphör försäkringen senast vid utgången av det försäkringsår under vilket den försäkrade fyller 80 år.

Referens: Beträffande när en försäkrad ska anmälas till en obligatorisk gruppörsäkring, se 1. "Krav på anmälan".

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.

Frivillig gruppörsäkring

Under förutsättning att den försäkrade när försäkringen tecknas tillhör den försäkringsberättigade gruppen och kan omfattas av försäkringen inträder Försäkringsbolagets ansvar dagen efter den dag då första premien betalas.

Obligatorisk gruppörsäkring

Om den försäkrade när gruppavtalet ingås uppfyller förutsättningarna för att tillhöra gruppen av försäkringsberättigade, och förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, inträder Försäkringsbolagets ansvar för respektive försäkrad från och med den första dagen i månaden efter den månad då gruppavtalet ingåtts och försäkringen tecknats, om premien betalas.

Om den försäkrade först efter att gruppavtalet har ingåtts uppfyller förutsättningarna för att tillhöra gruppen av försäkringsberättigade, och förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, inträder Försäkringsbolagets ansvar för respektive försäkrad från och med den första dagen i månaden efter den månad under vilken den försäkrade uppfyller dessa förutsättningar, om premien betalas.

Referens: Beträffande vad som krävs av den försäkrade för att omfattas av försäkringen, se 1. "Försäkringsavtalet".

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

I sådana fall börjar försäkringen gälla vid denna tidpunkt.

Krav på anmälan och avanmälan vid obligatorisk gruppörsäkring

Krav på anmälan

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

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

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

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

Krav på avanmälan

Om den försäkrade inte längre omfattas av försäkringen på grund av att han eller hon inte längre tillhör den försäkringsberättigade gruppen, eller att den försäkrade inte längre är folkbokförd och bosatt i Sverige ska försäkringstagaren avanmäla den försäkrade senast månaden efter utträdet ur gruppen eller den tidpunkt då den försäkrade inte längre är folkbokförd och bosatt i Sverige.

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

Försäkringstiden

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

Försäkringstiden anges i försäkringsbekräftelsen och i förekommande fall i försäkringsbeskedet.

Förnyelse av försäkringen

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

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

Uppsägning av gruppavtalet

Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning av Försäkringsbolaget upphör försäkringen att gälla en månad efter det att meddelande om uppsägningen skickats till försäkringstagaren, för det fall försäkringen är en frivillig gruppörsäkring, respektive till den försäkrade, för det fall försäkringen är en obligatorisk gruppörsäkring. Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning av gruppföreträdaren upphör försäkringen tidigast en månad efter det att uppsägningen kom till Försäkringsbolaget.

Efterskydd

Efterskydd innebär att försäkringen fortsätter att gälla trots att försäkringen har upphört på grund av att den försäkrade utträtt ur den försäkrade gruppen av annat skäl än att denne har uppnått ordinarie slutålder.

Efterskydd gäller i tre månader efter det att försäkringen upphört, dock längst till ordinarie slutålder. Rätten till efterskydd gäller dock inte om den försäkrade varit försäkrad under kortare tid än sex månader och inte heller i den utsträckning den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare.

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

Fortsättningsförsäkring

Om försäkringen har upphört på grund av att Försäkringsbolaget sagt upp försäkringen till försäkringstidens utgång eller att gruppavtalet sagts upp har den försäkrade rätt att, inom tre månader teckna en fortsättningsförsäkring med liknande omfattning som gällde då försäkringen upphörde. Dessutom föreligger rätt till fortsättningsförsäkring i en obligatorisk gruppörsäkring om försäkringen sägs upp på grund av att premien inte har betalats i rätt tid.

Rätten till fortsättningsförsäkring gäller dock inte om den försäkrade varit försäkrad under kortare tid än sex månader och inte heller i den utsträckning den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare.

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

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.

Betalningstermin

Betalningsterminen framgår av försäkringsbekräftelsen.

Obligatorisk gruppörsäkring

Om försäkringstagaren under en sammanhängande period av 30 dagar anmäler mer än 20 procent fler försäkrade till försäkringen under försäkringstiden förbehåller sig Försäkringsbolaget rätten – om premien betalas årsvis – att redan då försäkringstagaren anmäler de försäkrade till Försäkringsbolaget debitera ytterligare premie för dessa försäkrade.

Beräkning av premien

För frivillig gruppörsäkring bestäms premien för försäkringstiden. För obligatorisk gruppörsäkring bestäms premien för avtalstiden för gruppavtalet. Premien räknas om på förfalldagen vid förnyelse av försäkringsavtalet respektive av gruppavtalet. Vid förnyelse har Försäkringsbolaget rätt att ändra premien.

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

2.2 Premiebetalning

Premiebetalningen regleras i avtalet

Rättigheter och skyldigheter vid premiebetalning regleras i försäkringsavtalet. Av försäkringsbekräftelse och fakturaspecifikation framgår den avtalade premien och premieförfalldagen.

När ska premien betalas?

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

Utebliven eller försenad betalning

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

Återupplivning

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

Villkor år 2024 Vårdförsäkring Special

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

Dröjsmålsränta

Om en premie inte betalas på förfallodagen har Försäkringsbolaget rätt att kräva dröjsmålsränta enligt räntelagen (1975:635). Avgiften får högst uppgå till 2 procent av ett prisbasbelopp.

3. Rätt till ersättning

3.1 Vad ersätter försäkringen?

Allmänt om rätt till ersättning?

- Försäkringen ersätter den försäkrades kostnader som föranletts av ett försäkringsfall, enligt vad som framgår av detta avsnitt. Med försäkringsfall avses som utgångspunkt sjukdom och olycksfallsskada som har uppkommit under försäkringstiden, läs mer om definitionen av försäkringsfall, i ordlistan i avsnitt 9.
 - 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 två år.
- Observera!** Efter vissa typer av operationer anses den försäkrade aldrig som symtomfri. Läs mer i avsnitt 9 "Ordlistan" under definitionen av symtom.
- Kostnaderna ska uppstå under försäkringstiden.
 - Kostnaderna ska vara hänförliga till vård eller hjälpmedel som tillhandahålls i Sverige.
 - Samtliga kostnader ska vara godkända i förväg av Försäkringsbolaget.

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

Särskilt om vissa vårdgivare

Oavsett om försäkringen gäller med eller utan remisskrav är det dock en förutsättning för behandling hos dietist, arbetsterapeut, logoped, 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 slutna vård hos

- läkare,
- arbetsterapeut,
- logoped, och
- dietist.

Allmänna förutsättningar

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

Begränsat antal behandlingstillfällen

Avseende följande vårdgivare gäller begränsningar av antalet behandlingstillfällen som ersätts för samma försäkringsfall:

- Försäkringen ersätter maximalt fem behandlingstillfällen hos dietist,
- Försäkringen ersätter maximalt fem behandlingstillfällen hos arbetsterapeut,
- Försäkringen ersätter maximalt fem behandlingstillfällen hos logoped.

Eftervård/Medicinsk rehabilitering

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

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

Hjälpmedel

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för hjälpmedel som bidrar till sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning och som är avsedda för tillfälligt bruk.

Ersättning lämnas för ett (1) hjälpmedel inklusive utprovning per sjukdom eller olycksfall till en kostnad upp till 3 000 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.

3.2 Vårdgaranti

Specialistläkare

När försäkringen lämnar ersättning för kostnader för besök hos specialistläkare inom privat vård innehåller försäkringen en vårdgaranti som innebär att den försäkrade ska få besöka specialistläkare inom Försäkringsbolagets vårdgivarnätverk inom 6 arbetsdagar.

Tiden för vårdgarantin börjar 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 har rätt att få en operation genomförd inom 21 dagar. Tiden för vårdgarantin räknas från och med att Försäkringsbolaget godkänt operationen.

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 operation eller specialistläkarbesöket är genomfört. För samma sjukdom eller olycksfallsskada lämnar försäkringen ersättning med 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 för operation,
- den försäkrade väljer ett annat operationsalternativ,
- den försäkrade tillsammans med behandlande läkare kommer överens, om operation vid senare tidpunkt än 21 dagar.

4. Vårdservice

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

5. Självrisk

Försäkringen gäller med självrisk. Självriskbeloppet framgår av försäkringsbeträffelsen eller försäkringsbeskedet.

Vid det första tillfälle Vårdservice bokar in den försäkrade för vård av en sjukdom eller olycksfallsskada ska den försäkrade betala självrisken på det sätt som Försäkringsbolaget anvisar. Om självrisken inte är betald kan vården inte bokas.

6. Ansvarstid och högsta ersättning

Ansvarstid

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

Avseende definitionen av försäkringsfall se ordlistan i avsnitt 9.

Högsta ersättning

För samma försäkringsfall lämnar försäkringen maximalt ersättning med det belopp som framgår av försäkringsbeträffelsen eller försäkringsbeskedet. Referens: Beträffande försäkringstiden se 1. "Försäkringsavtalet".

7. Begränsningar i rätten till ersättning

7.1 Sjukdom eller olycksfallsskada innan försäkringen träder i kraft

Försäkringen lämnar inte ersättning för sjukdom eller olycksfallsskada som har uppkommit innan försäkringstiden. Läs mer i avsnitt 9 "Ordlistan" om när ett försäkringsfall har uppkommit och i övrigt om definitionen.

Försäkringen kan dock lämna ersättning även 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 två år.

7.2 Viss vård och vissa behandlingar med mera

Ersättning lämnas inte för

- Akut sjukvård. Ersättning lämnas endast för planerad vård i privat regi i Sverige.
- offentlig vård,
- behandling utförd av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, psykolog eller psykoterapeut,
- kontroll och åtgärder som föranleds av graviditet, förlossning, abort, sterilisering, fertilitetsutredning och behandling av infertilitet,
- vaccination och hyposensibilisering,
- kostnader för transplantation av inre organ,
- hälsoundersökning,
- läkemedel,
- tandvårdskostnader, tandsjukdom och bettfysiologisk utredning och behandling,
- kontroller som inte har samband med sjukdom eller olycksfallsskada,
- kostnader för läkarintyg som inte begärts av Försäkringsbolaget,
- 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.

7.3 Kostnader som ersätts från annat håll

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

7.4 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 anlånt 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.

7.5 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador

Särskilda sjukdomar

Försäkringen gäller inte för

- sjukdom som omfattas av smittskyddslagen eller följder 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 följder därav. Dock ersätts behandling hos dietist enligt avsnitt 3.1, under förutsättning att övervikten överstiger BMI 35 eller att undervikten understiger BMI 19,

- kroniska sjukdomar eller skador som enligt medicinsk bedömning inte förväntas kunna botas eller där behandling väsentligt och varaktigt inte förväntas kunna förbättra den försäkrades tillstånd. Dock ingår undersökning och behandling fram till dess att en sjukdom eller skada bedöms vara av sådan kronisk karaktär,
- undersökning, behandling av åderbråck,
- kontroll och behandling av hudförändringar så som t.ex. naevus och keratoser fram till att remiss till specialläkare utfärdats av läkare inom primärvården.

Särskilt riskfylld verksamhet

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som har uppkommit till följd av att den försäkrade utövar/deltar i sport-, idrotts-, äventyrs-, expeditons- 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/utövar i 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, fallskärmsshopping, ballong-, glid eller drakflygning eller liknande aktivitet,
- utövar/deltar i expeditons- 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.

7.6 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 uppsätligen har framkallat ett försäkringsfall, är Försäkringsbolaget fritt från ansvar.

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

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

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

Svikligt förfarande m.m.

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

Oriktiga uppgifter i övrigt

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

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

Premier som har betalats under försäkringstiden återbetalas inte.

Oriktiga uppgifter vid sjukdom eller olycksfallsskada

Om den försäkrade eller någon annan som begär ersättning efter en sjukdom eller olycksfallsskada uppsätligen eller av grov vårdslöshet oriktigt har uppgivit eller förtigt 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 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 betalnings-skyldighet och mot vem denna ska fullgöras, behöver Försäkringsbolaget dock inte göra utbetalningen förrän en månad efter det att utredningen har avslutats. Utredningen ska bedrivas skyndsamt.

Dröjsmålsränta

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

Utbetalning: Räntan betalas ut samtidigt som ersättningsbeloppet.

Om den ränta som ska betalas ut är mindre än 100 kronor betalas dock inte någon ränta ut.

Övertagande av rätt till ersättning

Om Försäkringsbolaget har betalat ersättning för 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

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 övernattninng.

Demens

Med demens avses en förvärrad, omfattande försämring av psykiska funktioner (intellekt, minne och personlighet) orsakad av sjukdomar (demenssjukdomar) och skador i hjärnan.

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.

Försäkringsbekräftelse

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 som har uppkommit under försäkringstiden. Ett försäkringsfall anses ha uppkommit då sjukdomen eller olycksfallsskadan första gången gav symtom. Dock anses sjukdomen eller olycksfallsskadan ha uppkommit då den försäkrade första gången besökt läkare, eller fått vård eller medicinering för sjukdomen eller olycksfallsskadan, om symtom ännu inte uppkommit vid den tidpunkten.

Med försäkringsfall avses även sjukdomar och olycksfallsskador som ursprungligen har uppkommit före försäkringstiden, men som ger symtom under försäkringstiden. Detta förutsätter dock att den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst två år.

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.

Observera! Efter vissa typer av operationer anses den försäkrade aldrig som symtomfri. Läs mer under definitionen av symtom i denna ordlista.

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.

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.

Ikke behandlingsbar

Med ikke 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.

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 kostnaden har uppstått innan tidpunkten för anmälan avses med skadedatum istället den tidpunkt då kostnaden uppstod.

Sluten vård

Med sluten vård avses sjukvård som kräver sängplats med en eller flera övernattninngar.

Symtom

Med symtom avses tecken på att sjukdom finns eller håller på att bryta ut. Med symtom avses också tecken på att en olycksfallsskada har inträffat.

Om den försäkrade någon gång har opererats i knän eller axlar eller om den försäkrade har genomgått en operation där främmande material (exempelvis skruvar, nät, pacemaker m.m.) har opererats in i kroppen gäller dock att den försäkrade aldrig anses som symtomfri så vitt avser de besvär eller åkommor som var anledning till operationen.

Öppen vård

Med öppen vård avses sjukvård som inte kräver sängplats med övernattninng.

Om du inte är nöjd

Kontakta oss

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

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

Om du fortfarande inte är nöjd efter beslut av din handläggare, kan du vända dig till Klagomålsansvarig för att få en överprövning av ditt ärende. För att Klagomålsansvarig ska kunna hjälpa dig på bästa sätt ber vi dig skriftligen meddela oss ditt personnummer/försäkringsnummer och vad ditt klagomål gäller samt vem du har varit i kontakt med tidigare. *SEB, Pension & Försäkring, Klagomålsansvarig, 106 40 Stockholm*

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.