

Villkor för gruppförsäkring

Gäller från och med 1 januari 2016

Innehåll

1 Ordlista	6
2 Gemensamma bestämmelser	10
3 Allmänna begränsningar i grupp försäkringarnas giltighet	20
4 Om vi inte skulle komma överens	22
5 Produktvillkor Livförsäkring (L)	23
5.1 Omfattning	23
5.2 Rätt till ersättning – dödsfallskapital (LD)	23
5.3 Rätt till ersättning – efterlevandeskydd (ES)	23
5.4 Förmånstagarförordnande för livförsäkring och efterlevandeskydd	23
5.5 Rätt till ersättning – barngruppliv (BL) – försäkring för barns dödsfall	23
5.6 Rätt till ersättning – barnskydd (BP)	24
5.7 Värdesäkring av premiebefriad livförsäkring	24
6 Produktvillkor Förtidskapital (FK)	25
6.1 Omfattning förtidskapital med slutålder 62 år	25
6.2 Rätt till ersättning	25
6.3 Omfattning förtidskapital med slutålder 65 år	27
6.4 Rätt till ersättning	27
7 Produktvillkor Familjeskydd (FS, FS2)	29
7.1 Omfattning	29
7.2 Rätt till ersättning	29
7.3 Förmånstagarförordnade	29
8 Produktvillkor Sjukförsäkring (S)	30
8.1 Omfattning	30
8.2 Rätt till ersättning (S)	30
8.3 Rätt till ersättning (S.3)	31
8.4 Gemensamma bestämmelser (S), (S3)	32
8.5 Medicinsk invaliditet vid sjukdom (S1.m1)	32
9 Produktvillkor Diagnosförsäkring	34
9.1 Omfattning diagnosförsäkring och begränsningar – vuxen (R1.r)	34
9.2 Omfattning begravningshjälp (R1.b)	36
9.3 Omfattning krisförsäkring (R1.k)	36
9.4 Premiebefrielse	36
9.5 Diagnosförsäkring – Senior	36
10 Produktvillkor Olycksfallsförsäkring	37
10.1 Giltighet	37
10.2 Omfattning	37

10.3	Gemensamma regler	38
	Ersättning för kostnader (O1)	38
10.4	Rätt till ersättning	38
	Sjukhusvistelse (O1.s1)	40
	Krisförsäkring (O1.k)	40
	Rehabiliteringskostnader och handikapphjälpmedel (O1.r1)	41
	Rehabilitering vid sjukdom (O1.r2)	41
	Handikapphjälpmedel (O1.r3)	41
	Ersättning för sveda och värk (O2.a1)	42
	Kroppsskadeersättning (O2.a2)	42
	Olycksfallskapital (O2.b2)	43
	Omkostnadskapital (O2.b3)	43
	Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men (O2.c1)	43
	Ersättning vid dödsfall (O2.d1)	44
	Ersättning vid dödsfall (O2.d2)	44
	Handikappfordon (O2.h2)	47
	Ersättning vid invaliditet (O3.4)	48
	Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet – heltid (OT)	48
	Medicinsk invaliditet vid sjukdom (O3.a5)	48
	Medicinsk invaliditet vid sjukdom (S1.m1)	49
11	Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-G)	52
11.1	Giltighet – barnförsäkring	52
11.2	Omfattning – barnförsäkring	53
11.3	Rätt till ersättning – barnförsäkring	53
	Ersättning för kostnader (B1)	53
	Diagnosförsäkring – Barn (BR)	55
	Vanprydande ärr (B2.e2)	56
	Ersättning vid dödsfall (B2.d2)	57
	Ersättning vid invaliditet (B3.2)	57
	Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (BT)	58
11.4	Giltighet – Gravidförsäkring bas eller plus	58
11.5	Omfattning Gravidförsäkringen	59
11.6	Rätt till ersättning – Gravidförsäkringen	59
12	Produktvillkor Barn och gravidförsäkring (BOS - GN)	63
12.1	Giltighet – Barnförsäkringen	63
12.2	Omfattning Barnförsäkring	65
12.3	Rätt till ersättning	65
	Krisförsäkring – Gravid för familjen (B1.k1n)	66
	Diagnosförsäkring – Gravid (BR.1n)	66

Ersättning för kostnader (B1n)	67
Diagnosförsäkring – Barn (BR.1n)	70
Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f1n), (B1.f2n)	71
Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f3n) (B1.f4n)	72
Ersättning vid dödsfall (B2.d2n)	73
Ersättning vid invaliditet (B3.2n)	73
13 Produktvillkor Barnförsäkring (B)	77
13.1 Giltighet – Barnförsäkringen	77
13.2 Omfattning Barnförsäkring	77
13.3 Rätt till ersättning	77
Ersättning för kostnader (B1.1)	77
Ersättning vid invaliditet (B3.1)	80
Ersättning vid dödsfall (B2.d)	81
Sjukförsäkring (BS)	81
Ersättning vid invaliditet (BS3)	82
Kostnadsbidrag (B1.e1)	83
Ersättning vid dödsfall (B2.d1)	83
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (BT)	83
14 Produktvillkor Sjukvårdsförsäkring	84
14.0 Vårdrådgivning och åtgärder för skada	85
14.1 Sjukvårdsförsäkring	85
14.1.1 Omfattning	85
14.1.2 Rätt till ersättning	85
14.1.3 Begränsningar – Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning	87
14.2 Vad Sjukvårdsförsäkring inte gäller för	87
14.3 För försäkrad som tecknat sjukvårdsförsäkring Bas, Plus eller Max	90
15 Produktvillkor för Kompanjonförsäkring	91
15.1 Inledande bestämmelser	91
15.2 Försäkringens utformning	91
15.3 Omfattning	91
15.4 Rätt till ersättning	91
16 Övergångsbestämmelser för försäkrade som flyttats från SalusAnsvar till Förenade Liv	92

Försäkringsgivare För samtliga försäkringar är Förenade Liv Grupp försäkring AB (publ), organisationsnummer 516401-6569, (Förenade Liv) försäkringsgivare. Bolaget drivs enligt ömsesidighetsprincipen. Detta innebär att bolagets överskott, efter avsättning för konsolidering, överförs till försäkringstagarna. Förenade Livs verksamhet är grupp försäkring.

Verksamheten står under tillsyn av Finansinspektionen.

Adress Förenade Liv har sitt säte i Stockholm. Adressuppgifter för Förenade Liv finns på sista sidan.

Avtal, villkor och tillämpliga lagar Till grund för grupp försäkringen ligger ett avtal (gruppavtal) mellan å ena sidan Förenade Liv och å andra sidan företrädare för de försäkringsberättigade. En förutsättning för den enskilda försäkringens giltighet är att gruppavtalet består. Dessa villkor gäller från och med 1 januari 2016 och ersätter villkor av den 1 januari 2015. Föregående ändring gällde från och med 1 januari 2015. För vådrådgivningen ansvarar Läkargruppen i Örebro AB.

Om gruppavtalet har en annan förfallodag än den 31 december varje år, träder förändringar av villkoren i kraft först vid gruppavtalets förfallotidpunkt.

Försäkringsfall regleras enligt de villkor som gällde när försäkringsfallet inträffade. För försäkringarna gäller dessutom vad som anges i gruppavtalet, i försäkringsavtals-lagen (2005:104) och allmän svensk lag i övrigt.

Bestämmelse i gruppavtalet har företrädare framför bestämmelse i dessa villkor. Förenade Livs marknadsföring följer svensk lag. Försäkringsvillkoren tillhandahålls på svenska och all kommunikation mellan den försäkrade och Förenade Liv sker på svenska.

Beskattning Utbetalda försäkringsbelopp är fria från inkomstskatt.

Sjukvårdsförsäkringen tillhör skattekategori K. Det är inget hinder att Sjukvårdsförsäkringen ägs och betalas av arbetsgivaren. Försäkringen kan dock inte tecknas med sådan anmälan som anges i 10 kap. 7 § inkomstskattelagen. Skattereglerna framgår av faktabladet Information skattefrågor.

Ersättningen från Gruppolycksfallsförsäkring Arbetstid (GOA) inkomstförlust, är skattepliktig inkomst.

Faktabladet finns att läsa eller kan beställas på fo-renadeliv.se – Kontakta oss – Blanketter och material – Allmänna faktablad.

1 Ordlista

I dessa villkor avses med:

Akut sjuktid

Den tid under vilken den skadade givits vård och behandling för att förhindra eller minska menliga följder av skadan inklusive uppkomna komplikationer. Den akuta sjuktiden börjar vid skadetillfället och varar till dess ett stationärt (varaktigt) tillstånd inträtt.

Ansvarstid – För sjukvårdsförsäkringen

Den längsta tid under vilken ersättning betalas för ett försäkringsfall. Ansvarstiden räknas från den dag då försäkringsfallet inträffade.

Arbetsoförmåga

Med arbetsoförmåga menas att den försäkrade på grund av sjukdom eller olycksfallsskada förlorat arbetsförmågan eller fått den nedsatt med minst hälften. Ersättning från sjukförsäkringen och olycksfallskapitalet kan dock lämnas om arbetsförmågan är nedsatt med endast en fjärdedel. I sjukförsäkringen kan annan ersättningsnivå avtalas. Förenade Livs bedömning följer reglerna i Socialförsäkringsbalken (2010:110) och Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning, förlängd sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller motsvarande. Även tid med sjuklön betraktas som arbetsoförmåga. I studerandeförsäkring jämföras studieoförmåga med arbetsoförmåga.

Bestående arbetsoförmåga

Gruppolycksfall Arbetstid (GOA)

Med bestående arbetsoförmåga avses att den försäkrade på grund av olycksfall i arbetet förlorat arbetsförmågan eller fått den nedsatt med minst hälften. För ersättning av inkomstförlust menas dock att den försäkrade efter olycksfallsskada har fått arbetsförmågan nedsatt med minst 25 procent. Nedsättningen bedöms, där inte annat anges, enligt Socialförsäkringsbalken och försäkrad erhåller ersättning enligt denna lag.

Arbetskada – Gruppolycksfall Arbetstid (GOA)

Med arbetskada menas skada till följd av olycksfall i arbetet enligt Socialförsäkringsbalken. Olycksfall vid färd till eller från arbetsstället räknas som olycksfall i arbetet, om färden föranleddes av och stod i nära samband med arbetet (sk färdolycksfall). Arbetssjukdom omfattas inte och inte heller färdolycksfall som omfattas av trafik- eller ansvarsförsäkring.

Arbetstid – Gruppolycksfall Arbetstid (GOA)

Arbetstid är sådan tid i verksamhet hos arbetsgivare, eller som egen företagare, som omfattas av arbetskada enligt Socialförsäkringsbalken. Som arbetstid betraktas också resor till och från arbetet. Övrig tid är fritid.

Demenssjukdomar

Vård eller behandling av nedsatt minnesfunktion och intellektuell kapacitet som en följd av demens och demensliknande sjukdomar.

Diagnos

Bestämning av sjukdom, skada, störning i kroppsfunktion.

Familjehemsplacerade barn

Barn som placerats hos gruppmedlem alternativt gruppmedlems make/maka eller sambo enligt beslut i socialnämnd. För familjehemsplacerade barn som flyttar till annan familjehemsplacering eller som flyttar åter till sina biologiska föräldrar upphör försäkringen att gälla när beslut om flytt fattats i socialnämnd. När familjehemsplacerade barn upphör att vara familjehemsplacerad på grund av att barnet uppnått slutåldern för familjehemsplacering upphör barnförsäkringen att gälla.

Fullt arbetsför

Fullt arbetsför innebär att den som ska försäkras:

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar
- inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning.
- För den som har lönebidragsanställning, på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete eller av hälsoskäl har fått ett anpassat arbete gäller vissa kvalifikationsregler (denna punkt gäller dock ej för sjukvårdsförsäkringen) – se Gemensamma bestämmelser. I studerandeförsäkring jämföras fullt studieför med fullt arbetsför.

Förskydd

Den tid som ny medlem omfattas av det premiefria grundskyddet samt godkända tillval.

Försäkrad

Den person på vars liv eller hälsa en försäkring gäller.

Försäkringsberättigad grupp

En bestämd grupp av personer som enligt ett gruppavtal har rätt att ansluta sig till gruppförsäkring, till exempel medlemmar i ett fackförbund respektive en organisation eller anställda i ett företag.

Försäkringsbesked

För gruppförsäkring utfärdas försäkringsbesked som ger en översiktlig information om försäkringens omfattning.

Försäkringsfall

Som tidpunkt för försäkringsfallet anses

- vid *livförsäkring*, *förtidskapital*, *efterlevandeskydd* och *familjeskydd*: den tidpunkt då den försäkrade avlidit eller då rätt till utbetalning av förtidskapital, förtidsutbetalning eller barnskydd inträtt
- vid *sjukförsäkring*: sjukperiodens början
- vid *olycksfallsförsäkring*: den tidpunkt när olycksfallet inträffade eller
 - vid sjukfall i medicinsk invaliditet i olycksfalls-försäkring eller sjukförsäkring: den tidpunkt då den försäkrade fått en diagnos fastställd för den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande sjukdomen.
 - vid Gruppolycksfallsförsäkring Arbetstid (GOA) inkomstförlust, vid arbetsoförmåga som varar mer än 15 dagar eller mer räknat från det att olycksfallet inträffade. Ersättning lämnas då från första insjuknandedagen.
- vid *rehabilitering* vid sjukdom: den tidpunkt när den försäkrade hade en kostnad för rehabiliterande behandling
- vid *krisförsäkring*: den tidpunkt när traumatisk händelse som anges i försäkringsvillkoren inträffade
- vid *barn och ungdomsförsäkring*:
 - vid *olycksfallsskada*: den tidpunkt då olycksfallet inträffade
 - vid *sjukdom*: den tidpunkt då sjukdomen visade sig. Sjukdom anses ha visat sig den dag första sjukvårdskontakten togs med anledning av sjukdomen eller symtom på sjukdomen, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.
- vid *barngruppliv*: den tidpunkt då det försäkrade barnet avlidit.
- vid *diagnosförsäkring*:
 - *diagnosförsäkring som ska utbetalas till den försäkrade*: den tidpunkt som inträffar 30 dagar efter den dag då den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.
 - *för diagnosförsäkringens begravningshjälp*: det datum då den försäkrade avlider inom 30 dagar efter den dag då den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.
 - *för diagnosförsäkringens krisförsäkring*: När behov av krishjälp uppstår med anledning av att den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.

- vid *sjukvårdsförsäkring* den händelse som enligt försäkringsvillkoren kan ge rätt till ersättning. Ett försäkringsfall anses ha inträffat:
 - vid tidpunkten för olycksfallet
 - vid tidpunkten då sjukdomen debuterade. Med debut menas den tidpunkt, då den försäkrade blev eller borde ha blivit medveten om sjukdomen eller symtom på sjukdom.

Flera sjukdomar/besvär med medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall. Detta gäller dock inte om den försäkrade varit symtom-, vård och medicineringsfri i mer än 12 sammanhängande månader efter det att den försäkrade senast var föremål för behandling. Ett nytt försäkringsfall anses då ha inträffat.

Om *premiebefrielse* ingår i avtalet anses försäkringsfallet inträffa vid den tidpunkt då den försäkrade uppfyller villkoren för premiebefrielse för gruppmedlem respektive medförsäkrad.

Försäkringstagare

Varje försäkrad, såväl gruppmedlem som medförsäkrad, betraktas som försäkringstagare när det gäller till exempel försäkringsersättning och rätten att insätta förmänsstagare. Till barnskydd, barngruppliv och barnförsäkring är det försäkrade barnet försäkringstagare. Till Gravidförsäkring är mamman, hennes väntade barn, barnets syskon, pappa eller mammans partner försäkringstagare.

Försäkringstagare till Gruppolycksfall GOA

Den arbetsgivare som ingått avtal om GOA med Förenade Liv. De skyldigheter, som enligt lagen om försäkringsavtal åvilar försäkringstagaren gentemot försäkringsgivaren, skall avse arbetsgivaren, om det inte är fråga om uppgifter som den försäkrade har att lämna till Förenade Liv. I fråga om rätten till försäkringsersättning anses dock varje försäkrad som försäkringstagare.

Försäkringstagare till sjukvårdsförsäkring

Den som ingått avtal med Förenade Liv. Försäkringstagaren kan vara en fysisk person eller en juridisk person. Om ett företag ingår försäkringsavtal med Förenade Liv för anställds räkning betraktas företaget som försäkringstagare och den anställde som försäkrad.

Försäkringstagare till Kompanjonförsäkring

Den person som under försäkringstiden äger försäkringen.

Försäkringstid

Den tid försäkrad omfattas av gruppförsäkring.

GOA

Gruppolycksfall Arbetstid. Försäkringen kan endast tecknas av arbetsgivare som ej är ålagda enligt kollektivavtal att teckna särskild försäkring. Försäkringens omfattning framgår av gruppavtalet samt försäkringsbeskedet.

Gruppföreträdare

Den person som företräder gruppen i kontakten med försäkringsgivaren.

Gruppvaktal

Avtal som ingåtts mellan en grupp och Förenade Liv om försäkring för gruppens medlemmar. Ett gruppvaktal gäller normalt ett år.

Gruppmedlem

Den som tillhör den grupp som bestäms av gruppvaktalet och är försäkrad enligt gruppvaktalet.

ICD kod

ICD-koder refererar till den svenska versionen av den 10:e revisionen 1997 av den internationella statistiska klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, ICD-10, som fastställts av Världshälsoorganisationen. ICD-10 ska tillämpas även om klassifikationen ändras eller om diagnoskoder ändras eller tillkommer. Klassifikationen finns på Socialstyrelsens webbplats (socialstyrelsen.se).

Karenstid/Ersättningskarens (gäller sjukförsäkring)

Den tid sjukperiod ska pågå innan försäkrad får rätt till ersättning.

Rörlig karens: tid intill dess försäkrad erhåller aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning enligt Socialförsäkringsbalken eller sjukpension från offentlig tjänst.

Make/Maka

Den som den försäkrade är gift med. I begreppet make/maka ingår även den som den försäkrade är registrerad partner med.

Medförsäkrad

Gruppmedlems make/maka eller sambo, som i denna egenskap är försäkrad enligt gruppvaktalet.

Ofrivillig arbetslöshet

Innebär att arbetslöshetskassan beviljar ersättning efter enligt lag gällande antal karensdagar. Den försäkrade får inte ha lämnat sitt arbete utan giltig anledning eller blivit uppsagd från sitt arbete på grund av personliga skäl. Orsaken till arbetslösheten får inte leda till att arbetslöshetskassan stänger av den försäkrade från rätten till ersättning (för närvarande 45 dagar).

Olycksfallsskada

En olycksfallsskada är en kroppsskada som den försäkrade drabbas av genom en oförutsedd plötslig yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall). Psykiska skador/besvär betraktas inte som kroppsskada. Med olycksfallsskada jämföras kroppsskada som uppkommit genom förfrysning, värmeslag eller

solsting. Den dag sådan skada visade sig anses då vara tidpunkten för olycksfallsskadan.

Patientavgift

Egenavgift som den vårdsökande betalar i offentlig vård eller Primärvård.

Offentlig eller privat hälso- och sjukvård

som utgör den första vårdnivån och som omfattar basal medicinsk utredning, behandling, röntgenundersökning och omvårdnad samt förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Termen primärvård omfattar även företagshälsovård.

Prisbasbelopp

Det prisbasbelopp som fastställs varje år av regeringen enligt Socialförsäkringsbalken. (I vissa familjeskydd gäller dock förhöjt prisbasbelopp.) Mer information om prisbasbeloppet hittar du på regeringens och Skatteverkets webbplatser (regeringen.se respektive skatteverket.se).

Registrerad partner

Med registrerad partner avses två personer av samma kön som ingått registrerat partnerskap. (Lagen om registrerat partnerskap upphörde 1 maj 2009, då äktenskapet blev könsneutralt. De som är registrerade partner enligt den tidigare lagen fortsätter att vara det om inte partnerskapet upphört eller omvandlas till äktenskap genom anmälan till Skatteverket eller vigsel.)

Remiss

Med remiss avses en handling som utgör en beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient, t.ex. en hänvisning för ytterligare utredning eller behandling.

Sambo

Person som enligt sambolagen (2003:376) stadigvarande bor tillsammans med en annan person i ett parförhållande och har gemensamt hushåll, under förutsättning att ingen av dem är gift eller registrerad partner.

Sjukdom

För sjukvårdsförsäkringen

Med sjukdom menas en sådan försämring av hälsotillståndet som inte är att betrakta som olycksfallsskada.

Sjukdom vid medicinsk invaliditet

Med att en *sjukdom blir aktuell* menas att den försäkrades fysiska eller psykiska funktionsförmåga påvisbart försämrats på grund av sjukdom. Sjukdomen blir aktuell den dag försämringen första gången påvisas av läkare. Sjukdomar med medicinskt samband räknas som ett och samma sjukdomsfall.

Med sjukdom avses dock inte:

- Frivilligt orsakad kroppsskada.
- Sådan försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk av alkohol, narkotiska medel, andra berusningsmedel, sömnmedel eller andra läkemedel.
- Brytningsfel eller skelning som inte orsakats av sjukdom.
- Kosmetisk operation eller följer av en sådan kosmetisk operation oavsett vilken vårdgivare som utför operationen.
- Besvär som fordrar behandling i förebyggande syfte.

Sjukperiod

För sjukförsäkringen

Den tid försäkrad är arbetsoförmögen.

Självrisk

Den del av kostnaderna för vård och behandling som den försäkrade själv får betala vid varje försäkringsfall.

Specialistvård

Offentlig eller privat hälso- och sjukvård som utgör den andra vårdnivån och som omfattar medicinsk utredning, behandling och omvårdnad som kräver mer specialiserade insatser och större tekniska och personella resurser än primärvården. Vården ska utföras av läkare med specialistkompetens efter remiss från primärvården.

Stadigvarande bosatt

Barn som bor växelvis hos båda föräldrarna anses vara stadigvarande bosatt på båda adresserna. Barn som studerar på annan ort anses vara stadigvarande bosatt på förälderns adress så länge studierna pågår, dock längst till försäkringens slutålder.

Svår skada

Med svår skada avses svår kross-, slit-, bränn-, skall- eller ansiktsskada, betydande skador på skilda kroppsdelar, fraktur med omfattande mjukdelsskador och liknande.

Symtom

Med symtom avses tecken på att sjukdom finns oavsett om symtomen upphört på grund av medicinering eller annan behandling.

Åldringsvård

Hjälp åt gamla i syfte att bereda ekonomisk trygghet, bostäder, personlig omvårdnad t.ex. hemhjälp, hemsamarit, hemsjukvård samt vård på ålderdomshem.

2 Gemensamma bestämmelser

Dessa gemensamma bestämmelser gäller om inte annat anges i produktvillkoret.

	sid.
Innehåll	
Gruppavtalet	11
Rätt att ansöka om försäkring	11
Teckningsregler för sjukvårdförsäkring	11
När försäkringsgivarens ansvar inträder för försäkringarna	11
Hälsokrav	12
Regler för automatisk anslutning	12
Hälsokrav för att omfattas av försäkring med automatisk anslutning	12
Kvalifikationer för lönebidragsanställda och person som på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete	13
Premie	14
Patientskador	14
Ångerrätt	14
Premiefrielse	15
Premiefrielse vid arbetslöshet	15
Överlåtelse	16
Återkrav	16
Sekretess	16
När försäkringen upphör att gälla	16
Efterskydd	16
Fortsättningsförsäkring	17
Upplyningsplikt	18
Oriktig uppgift	18
Förenade Livs Seniorförsäkring	18
Åtgärder för utbetalning	18
Preskription	18
Tidpunkt för utbetalning och räntebestämmelser	19
Juridiskt ombud	19
Gemensamt skaderegister (GSR)	19
Behandling av personuppgifter	19

Gruppavtalet

Gruppavtalet innehåller bestämmelser om ikraftträdande, giltighetstid, försäkringsskyddets omfattning, automatisk förlängning och uppsägning. Uppsägning som skett hos gruppföreträdaren gäller gentemot samtliga försäkrade. Enligt gruppavtalet kan premier och villkor ändras vid gruppavtalets årsförfalldag. Avtalet är ettårigt.

Rätt att ansöka om försäkring

Följande personer har rätt att ansöka om försäkring:

- *medlem* i förbund eller förening. Sammanslutningen ska ha en naturlig och varaktig koppling medlemmarna emellan och bildats för annat syfte än att ansöka om gruppförsäkring.
- *tillsvidareanställd*
- *visstidsanställd* med en sammanhängande anställningstid om minst sex månader
- *provanställd*, förutsatt att varken den anställda eller arbetsgivaren har meddelat att provanställningen inte kommer att övergå i tillsvidareanställning
- *make/maka eller sambo* till person som har rätt att ansöka om försäkring. Ansökan om försäkring kan göras om gruppmedlem tecknat minst en av försäkringarna som erbjuds i gruppavtalet, om inte annat har avtalats.

Teckningsregler för Gruppolycksfall Arbetstid (GOA)

Försäkringen kan endast tecknas av arbetsgivare som inte är ålagda enligt kollektivavtal att teckna särskild försäkring, men som ändå önskar försäkra sina anställda. Arbetsgivaren förbinder sig att betala för avtalsperioden fastställd premie för tecknad försäkring.

För inträde i försäkringen gäller vid var tid gällande hälsokrav.

För att den anställda/företagaren ska kunna försäkras krävs att denne är stadigvarande bosatt i Sverige.

Företaget ska ha sitt säte i Sverige.

Företagare kan teckna försäkringar enligt dessa villkor även för egen del. Förutsättningen är att företagaren är verksam i företaget. Företaget får inte vara verksam inom näringsgrenarna jordbruk, skogsbruk, (inkl rennaring) eller fiske, om inget annat framgår av Gruppavtalet.

Som företagare betraktas:

- samtliga ägare i ett företag som inte är juridisk person (enskild firma, enkelt bolag)
- samtliga bolagsmän i ett handelsbolag
- komplementären i ett kommanditbolag
- i aktiebolag, fysiska personer som är aktieägare och som ensam eller sammanräknad med annan sådan aktieägare, som är make/maka/registrerad partner, förälder eller barn till honom/henne äger minst 20 procent av aktierna i bolaget.

Försäkringen gäller, för den anställda, under anställningstiden hos arbetsgivare som tecknat försäkringen, dock tidigast från och med månaden efter den då anställda har fyllt 16 år och som längst till och med månaden innan den försäkrade fyller 70 år. Förutsättningen är att den försäkrade fortsätter att arbeta hos samma arbetsgivare eller i samma företag som innan 65 års ålder.

Vid nyanställning skall den nyanställda anmälas individuellt till Förenade Liv med uppgift om dennes namn, personnummer och anställningsdag. Försäkringen gäller från och med dagen efter inträdet under förutsättning att den anställda uppfyller kraven för inträde enligt dessa villkor. Endast den som är anmäld omfattas av försäkringen.

Teckningsregler för sjukvårdsförsäkring

För att få anslutas till försäkringen ska den vars hälsa försäkringen ska gälla för:

- ha fyllt 16 år men inte 65 år. För omyndig krävs skriftligt godkännande av vårdnadshavare
- vara antingen bosatt och folkbokförd i Sverige under de senaste 18 månaderna eller förvärvat arbete i Sverige minst 60 timmar i månaden under de senaste 18 månaderna men ha sin fasta bosättning i annat nordiskt land
- vara inskriven i Försäkringskassan
- vara fullt arbetsför (se ordlistan) och/eller fått en hälsodeklaration godkänd av Förenade Liv.

För att medförsäkrad make/maka/sambo ska kunna anslutas krävs en godkänd hälsodeklaration.

Hälsoprövningen sker hos Förenade Liv.

När försäkringsgivarens ansvar inträder för försäkringarna

Ansvar för en försäkring enligt ett gruppavtal inträder den dag Förenade Liv, eller någon som tar emot handlingar för Förenade Livs räkning, mottagit anmälan och sådana handlingar att försäkringen kan beviljas enligt de bestämmelser som gäller för gruppavtalet.

I gruppavtalet eller i ansökan till ett gruppavtal kan avtalas att ansvaret för försäkringen ska träda i kraft från annan tidpunkt.

Ansökan om gruppförsäkring ska göras skriftligen, om inte annat har avtalats.

Ska försäkringsbeloppet enligt gruppavtalet höjas eller försäkringsskyddet på annat sätt utökas när den försäkrade får höjd lön eller ingår äktenskap eller samboförhållande eller vid annan liknande händelse, inträder ansvaret för höjningen eller utökningen först när Förenade Liv mottagit anmälan om ändringen.

Om barnförsäkringen inte kan tecknas på normala villkor utan med klausul (förbehåll) börjar försäkringen gälla först när Förenade Liv beviljat försäkring på dessa särskilda villkor och försäkringstagaren antagit erbjudandet genom att betala försäkringspremien.

Ska försäkringen enligt tillämpade regler helt eller delvis återförsäkras på grund av sin storlek, inträder ansvaret för försäkringen i sin helhet först när återförsäkringen beviljats.

Vid överflyttning av ett gruppavtal från ett annat försäkringsbolag till Förenade Liv samt vid omskrivning av ett gruppavtal kan särskilda övergångsregler gälla. Dessa övergångsregler anges i gruppavtalet samt översänds till de försäkrade vid överflyttningen eller omskrivningen.

Hälsokrav

En förutsättning för att Förenade Livs ansvar för en försäkring enligt ett gruppavtal ska inträda är att den sökande är fullt arbetsför vid tidpunkten då försäkringen söks.

Detta gäller också för rätt till höjning av försäkringsbelopp enligt bestämmelserna i gruppavtalet samt annan utökning av försäkringsskyddet. Höjning av försäkringsbelopp med högst samma procentsats som prisbasbeloppet höjts medges dock även om den försäkrade inte är fullt arbetsför.

För olycksfallsförsäkring finns inte något krav på full arbetsförhet för anslutning. Om medicinsk invaliditet vid sjukdom ingår i olycksfallsförsäkringen gäller särskilda hälsokrav för anslutning. Dessa framgår av ansökningshandlingarna. Den som inte är fullt arbetsför och på grund därav inte fullt ut kan utnyttja rätt till höjning av försäkringsbeloppet kan ansöka om det högre beloppet när full arbetsförhet åter föreligger. Detsamma gäller för annan utökning av försäkringsskyddet.

För sjukvårdsförsäkringen ska, för att Förenade Livs ansvar ska börja gälla, den som ska försäkras vara fullt arbetsför vid tidpunkten då försäkringen söks. Den som inte är fullt arbetsför och på grund därav inte uppfyller anslutningskraven kan ansöka om försäkringen på nytt när full arbetsförhet åter föreligger.

I de fall då dessutom särskilda hälsoprövningsregler gäller för att Förenade Livs ansvar ska inträda vid ansökan om anslutning till eller utökning av en försäkring, framgår detta av ansökningshandlingarna.

Regler för automatisk anslutning

Följande regler gäller om inte annat har avtalats:

Ny medlem/ny anställd som uppfyller hälsokraven och som inte fyllt 65 år erbjuds vid inträdet i förbundet/föreningen respektive vid anställningen i företaget ett kostnadsfritt grundskydd. Ny medlem/ny anställd som uppfyller hälsokraven erbjuds automatiskt ett grundskydd med reservationsrätt. Grundskyddets omfattning framgår av försäkringsavtalet. Grundskyddet gäller utan kostnad för ny medlem/ny anställd under 90 dagar från anslutningsdagen i förbundet/föreningen respektive anställningsdagen i företaget – förskydd. (Annan tid kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet.) För ny medlem/anställd som ansluts/anställs sent i en månad kan grundskyddet gälla kortare tid än 90 dagar.

Om försäkring eller utökning av försäkringen söks vid annan tidpunkt, inträder ansvaret den dag Förenade Liv, eller någon som tar emot handlingar för Förenade Livs räkning, mottagit anmälan och sådana handlingar att försäkringen kan beviljas enligt de bestämmelser som gäller för gruppavtalet.

Under den premiefria förskyddstiden kan grundskyddet kompletteras med högre livförsäkringsbelopp, olycksfallsförsäkring – höjt försäkringsbelopp vid invaliditet, sjukförsäkring och även med försäkring för medförsäkrad make/maka/sambo som ej fyllt 65 år, samt barnförsäkring. Komplettering med högre livförsäkringsbelopp, sjukförsäkring, samt försäkring för make/maka/sambo sker alltid mot hälsodeklaration.

Hälsokrav för att omfattas av försäkring med automatisk anslutning

För att Förenade Livs ansvar för försäkringarna i grundskyddet ska inträda gäller följande.

- För livförsäkring, efterlevandeskydd och familjeskydd: ny medlem/ny anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagar innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes, eller att hon/han senare varit fullt arbetsför under 30 dagar i följd under den erbjudna förskyddstiden. Om inte hälsokraven uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.
- För att ansvaret för förtidskapital ska inträda gäller dessutom att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagar innan förtidskapital började gälla för henne/honom eller att hon/han senare varit fullt arbetsför minst 90 dagar i följd. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom tremånadersperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.
- Annat kan ha avtalats och då gäller följande anslutningskrav. Vad som gäller framgår av den information som den försäkrade får vid inträdet i förbundet/föreningen eller vid anställningen.
- För att ansvar för förtidskapital ska inträda krävs att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan hon/ han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom nittodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar. Om inte hälsokraven enligt ovan uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.
- För att ansvar för sjukförsäkringen och ska inträda krävs att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes. Här bort-

ses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom nittiodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar. Om inte hälsokraven enligt ovan uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås. Höjning av försäkringsbeloppet i sjukförsäkringen kan göras under försäkringstiden med hälsodeklaration, om inte annat framgår av gruppavtalet. För automatisk anslutning till sjukförsäkringen utan tidsbestämd ersättningstid gäller ytterligare inskränkningar i försäkringens giltighet, se under kapitel åtta Sjukförsäkring (S.3)

- För att ansvar för sjukvårdsförsäkringen ska inträda krävs att medlem/anställd ska vara fullt arbetsför vid inträde i förbundet/föreningen eller anställningen. Den som inte är fullt arbetsför och på grund därav inte uppfyller anslutningskraven kan ansöka om försäkringen på nytt när full arbetsförhet åter föreligger under den erbjudna förskyddstiden eller inom 90 dagar från inträdet/ansättningsdagen. Om inte full arbetsförhet föreligger inom denna tid ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.
- För att ansvaret för *diagnosförsäkringen* ska inträda gäller följande.

Om diagnosförsäkringen enligt gruppavtalet tecknats tillsammans med en annan försäkring i en produkt, har diagnosförsäkringen samma hälsokrav som den försäkring som den tecknats tillsammans med. Annat kan avtalas och framgår då av gruppavtalet.

Om diagnosförsäkringen enligt gruppavtalet tecknats separat gäller följande. För att ansvaret för diagnosförsäkringen ska inträda krävs att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan hon/han inträdde i den försäkringsberättigade gruppen. Här bortses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom nittiodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar. Om inte hälsokraven uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.

Vid *obligatorisk anslutning* gäller följande om inte annat har avtalats. Detta framgår då av gruppavtalet. För att ansvaret för diagnosförsäkringen ska inträda gäller att ny medlem/ny anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes, eller att hon/han senare varit fullt arbetsför under 30 dagar i en följd under försäkringstiden.

Särskilda begränsningar gäller för rätt till ersättning vid automatisk och obligatorisk anslutning, samt då försäkrad anslutits till diagnosförsäkring mot intygande av full arbetsförhet. Begränsningarna framgår av kapitlet Diagnosförsäkring.

- För att Förenade Livs ansvar ska inträda för *olycksfallsförsäkring och höjd ersättning vid invaliditet* för vuxna finns inga hälsokrav. (För Barn- och Gravidförsäkringen finns dock hälsokrav för höjd ersättning vid invaliditet se Under Höjning av försäkringsbelopp och hälsodeklaration i Produktvillkor Barn och gravidförsäkring.)
- För att ansvar för *medicinsk invaliditet vid sjukdom (S1.m1)* ska inträda krävs att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes. Här bortses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom nittiodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar. Om inte hälsokraven enligt ovan uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.

Kvalifikationsregler för lönebidragsanställda och person som på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete

(Dessa kvalifikationsregler gäller inte för Sjukvårdsförsäkringen).

För att Förenade Livs ansvar för försäkringarna i grundskyddet ska inträda för de som är lönebidragsanställda gäller följande.

- För *livförsäkringens dödsfallskapital, efterlevandeskydd och familjeskydd* vid automatanslutning gäller att ny medlem/ny anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes eller att hon/han senare varit fullt arbetsför under 30 dagar i följd under den erbjudna förskyddstiden. Om inte hälsokraven uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.
- För att Förenade Livs ansvar för *förtidskapital samt sjukförsäkringen* ska inträda krävs att medlem/anställd under försäkringstiden och under en sammanhängande tid av två år varit fullt arbetsför. Här bortses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom tvåårsperioden och som inte överstiger 14 dagar i en följd. När medlem/anställd som är lönebidragsanställd uppfyllt ovanstående kvalifikationstid omfattas hon/han av förtidskapital och har rätt till ersättning från sjukförsäkringen efter det att villkoren för utbetalning av dessa produkter är uppfyllda. Det är endast arbetsförmåga som inträffar efter det att medlem/anställd uppfyllt kvalifikationstiden som kan ge rätt till ersättning.

Lönebidragsanställd som är sjuk under längre tid än 14 dagar i en följd under kvalifikationstiden påbörjar ny beräkning av kvalifikationstiden när 14-dagarsperioden överskridits. Om lönebidragsanställd söker försäkring

eller utökning av sin försäkring med hälsodeklaration gäller ovanstående kvalifikationsregler samt att hälsodeklarationen kan godkännas.

Med lönebidragsanställd avses ovan även person som av hälsoskäl fått ett anpassat arbete samt person som på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete.

För att Förenade Livs ansvar ska inträda för olycksfallsförsäkring och höjd ersättning vid invaliditet för vuxna finns inga hälsokrav. (För Barn- och Gravidförsäkringen finns dock hälsokrav för höjd ersättning vid invaliditet se under, Höjning av försäkringsbelopp och hälsodeklaration, i Produktvillkor Barn och gravidförsäkring.)

Förenklade krav vid vissa händelser

Om gruppavtalet tecknats med förenklade hälsokrav vid vissa händelser, så kallad *Optionsrätt*, gäller följande. (Om detta gäller för gruppavtalet framgår det av ansökningshandlingarna.)

För produkterna livförsäkring och familjeskydd gäller att om gruppmedlemmen gifter sig, blir sambo eller får barn kan anslutning till, eller höjning av, försäkring ske med förenklade hälsokrav mot endast full arbetsförhet på ansökningsdagen och de senaste 30 dagarna innan ansökningsdagen. Rätten att teckna/höja försäkringen gäller i 12 månader från den angivna händelsen. För anslutning/höjning gäller:

- att gruppmedlem inte får ha fyllt 50 år,
- inte tidigare fått avslag på sökt försäkring av samma slag.

Optionsrätten gäller endast vid ett tillfälle och med högst det i ansökan angivna försäkringsbeloppet.

Premie

Premien beräknas för ett år i sänder. För liv- och sjukförsäkring, efterlevandeskydd, sjukvårdförsäkring samt familjeskydd och diagnosförsäkring räknas premien fram på grundval av gruppens ålderssammansättning, den för Förenade Liv gällande premietariffen samt skadeutvecklingen. Premien beräknas för hela livförsäkringen. Det innebär att premien inte sänks om någon del i försäkringens omfattning inte kan utnyttjas. För olycksfallsförsäkringen räknas premien på grundval av prisbasbeloppets eller den allmänna prisnivåns förändring samt skadeutvecklingen.

Första premien ska betalas före angiven förfallodag, denna infaller tidigast 14 dagar från den dag Förenade Liv avsänt avisering om premiebetalning. Om premien inte betalas inom denna tid, kommer Förenade Liv att säga upp försäkringen, som upphör att gälla 14 dagar efter uppsägningstidpunkten. (Uppsägningstidpunkten är den dag då Förenade Liv avsänt uppsägning till gruppmedlemmen.)

Förnyelsepremien betalas i förskott för varje betalningsperiod – om inte annat särskilt anges. Om premien inte betalas i tid, kommer Förenade Liv att säga upp

försäkringen, som upphör att gälla 14 dagar efter uppsägningstidpunkten. Har försäkringen upphört att gälla på grund av att förnyelsepremien inte betalats, kan den återupplivas genom att premien betalas inom tre månader från den dag då försäkringen upphört. Premie ska betalas för hela den premieperiod för vilken premien varit obetald. Försäkringen blir då åter gällande från den första dagen i premieperioden. Återupplivning kan inte göras enbart för medförsäkrad. Vid ansökan om återinträde i livförsäkring, sjukförsäkring, förtidskapital, efterlevandeskydd, familjeskydd och diagnosförsäkring senare än tre månader från förfallodagen krävs att ny ansökan med hälsodeklaration lämnas till Förenade Liv. Försäkringen blir då gällande från och med den dag Förenade Liv beviljar den. Gruppmedlemmen ska kontrollera att han/hon och eventuell medförsäkrad har gällande försäkring med rätt försäkringsomfattning och betalar rätt premie. Det åligger gruppmedlem att snarast anmäla till gruppföreträdaren eller Förenade Liv om gruppmedlem eller medförsäkrad inte längre kan omfattas av gruppförsäkringen eller om den försäkrade eller den medförsäkrade på grund av ålder inte längre kan omfattas av försäkringen. Gruppmedlemmen ska även anmäla när det yngsta barn som omfattas av barnförsäkring uppnått angiven slutålder. Det åligger gruppföreträdaren att snarast anmäla till Förenade Liv om försäkrad utträder ur den försäkringsberättigade gruppen. Anmäls inte ovanstående, betalas högst de senaste tolv månadernas premie tillbaka.

Premie för engångsbetald försäkring återbetalas inte.

Rätt till återbetalning av premie kan uppkomma om dödsfall inträffat eller om till exempel premiebefrielse beviljats retroaktivt. Förenade Liv återbetalar sådan överskjutande premie om beloppet överstiger 0,3 procent av prisbasbeloppet.

Om gruppavtalet anger att premien beror av den försäkrades lönenivå, kan den försäkrade inte få ersättning grundad på en högre lönenivå än den som Förenade Liv före försäkringsfallet har fått anmälan om att den försäkrade ska betala premie för.

Premier för försäkringarna betalas efter gruppmedlemmens ålder. Försäkringsersättningarna utbetalas efter den försäkrades ålder.

Det företag eller den organisation som har slutit gruppavtalet med Förenade Liv ska utan kostnad för Förenade Liv göra premiebetalningarna i en post för alla de försäkrade om inget annat är överenskommet.

Patientskador

Patientskadlagen 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 villkor för Sjukvårdsförsäkring.

Ångerrätt

Frivilligt försäkringsavtal som ingås på distans kan ångras inom 14 dagar efter att avtalet ingåtts och den försäkrade fått försäkringshandlingarna. För livförsäkring gäller i stället 30 dagars ångerrätt. Om den försäkrade ångrar sig måste hon/han meddela gruppföreträdaren eller Förenade Liv detta. Den försäkrade kan dock när som helst under försäkringstiden säga upp ett frivilligt försäkringsavtal. Förenade Liv har alltid rätt att kräva premie för den tid försäkringen varit gällande.

Premiefrielse

Av gruppavtalet framgår om premiefrielse ingår eller inte. Även om gruppavtalet i övrigt omfattar premiefrielse, gäller den inte för familjeskydd, diagnosförsäkring som har tecknats separat enligt gruppavtalet eller sjukvårdsförsäkring. Diagnosförsäkring och efterlevandeskydd som tecknats tillsammans med en annan försäkring i en produkt följer den produktens regler för premiefrielse.

Gruppmedlemmens möjligheter till premiefrielse.

Gruppmedlem som på grund av sjukdom eller olycksfallsskada uppbär hel sjukersättning har rätt till premiefrielse för sig och eventuell medförsäkrad. Rätten till premiefrielse inträder vid den tidpunkt från vilken hel sjukersättning betalas ut.

Premiefrielsen gäller så länge gruppmedlemmen inte är fullt arbetsför. Försäkrad som blir fullt arbetsför ska återuppta premiebetalningen av försäkringen. Om premiefrielsen består, gäller försäkringarna längst till dess gruppmedlemmen uppnår den slutålder (vanligtvis utgången av månaden innan gruppmedlemmen fyller 65 år) som var angiven i gruppavtalet månaden före premiefrielsen. Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom gäller dock inte längre än till utgången av det kalenderår då barnet uppnår 25 års ålder.

Medförsäkrads möjligheter till premiefrielse

Den medförsäkrade premiefrias endast om gruppmedlemmen blir premiefriad (se ovan).

Försäkringsskyddet medan premiefrielse gäller för försäkrad som har rätt till premiefrielse från och med den 1 januari 2012

Inträffar ett försäkringsfall medan rätt till premiefrielse föreligger, utbetalas ersättning enligt det försäkringsbelopp som gäller när försäkringsfallet inträffar.

Om försäkringsbeloppet enligt gruppavtalet beror av den försäkrades ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern då försäkringsfallet inträffade. Försäkringsskyddet kan inte utökas genom att premie betalas för tid då rätt till premiefrielse föreligger. Försäkrad kan inte få utökat försäkringsskydd under tid då hon/han har rätt till premiefrielse. Omfattningen av försäkringsskyddet framgår av försäkringsbeskedet.

Medförsäkrad kan inte anslutas eller utöka sitt försäkringsskydd under tid då gruppmedlemmen har rätt till premiefrielse.

Försäkringsskyddet medan premiefrielse gäller för försäkrad som beviljats eller har rätt till premiefrielse före den 1 januari 2012

Inträffar ett försäkringsfall medan rätt till premiefrielse föreligger, utbetalas ersättning enligt det gruppavtal och efter de försäkringsbelopp som gällde månaden innan rätten till premiefrielsen inträdde. Livförsäkringsbelopp som är prisbasbeloppsanknutna värdesäkras dock enligt bestämmelser under rubriken, Värdesäkring av premiefriad livförsäkring, i slutet av kapitel 5.

Om försäkringsbeloppet enligt gruppavtalet beror av den försäkrades ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern då försäkringsfallet inträffade. Försäkringsskyddet kan inte utökas genom att premie betalas för tid då rätt till premiefrielse föreligger. Försäkrad kan inte utöka sitt försäkringsskydd under tid då hon/han har rätt till premiefrielse.

Medförsäkrad kan inte anslutas eller utöka sitt försäkringsskydd under tid då gruppmedlemmen har rätt till premiefrielse.

Premiefrielse vid arbetslöshet

Om premiefrielse vid arbetslöshet ingår, framgår det av gruppavtalet. Det är endast gruppmedlems arbetslöshet som kan ge rätt till premiefrielse.

För att omfattas av premiefrielse vid arbetslöshet ska den försäkrade

- innan tidpunkten för premiefrielsen varit ansluten till gruppförsäkringens livförsäkring i minst 18 månader och
- blivit ofrivilligt arbetslös och erhållit arbetslöshetsersättning i 130 ersättningsdagar inom en 12-månadersperiod.

Kvalifikationstiden kan tidigast räknas från försäkringens startdatum. Perioden börjar räknas från den första karensdagen. För att premiefrielse ska kunna beviljas efter 130 ersättningsdagar ska Arbetslöshetskassan ha beviljat arbetslöshetsersättning efter enligt lag gällande antal karensdagar.

Bestämmelser under premiefrielseperioden

- Premiefrielsen upphör om medlemmen har arbetat längre tid än sex månader i följd under premiefrielseperioden, eller av annan anledning inte uppburit arbetslöshetsersättning.
- Vid pension, avtalspension eller beslut av Försäkringskassan – med innebörd att man i avvaktan på pension varaktigt lämnar arbetsmarknaden – upphör rätten till premiefrielse.

- Den som är premiebefriad är skyldig att anmäla till försäkringsgivaren om premiebefrielse rätten upphör enligt ovan.
- Premiebefrielsen gäller längst i 24 månader.
- Har medlem utöver livförsäkring tecknat fler försäkringar i samma avtal (också för eventuell medförsäkrad) och haft dessa i minst tolv månader före tidpunkten för premiebefrielsen, omfattas även dessa försäkringar av premiebefrielse.

Överlåtelse

Grupp-försäkring får inte överlätas.

Återkrav

Förenade Liv har rätt att återkräva för mycket utbetald ersättning samt uppkomna kostnader i samband med inbokat läkarbesök eller annan behandling om den försäkrade uteblir. Förenade Liv har rätt att återkräva ersättning för vård som Förenade Liv betalat då oriktig uppgift lämnats.

Sekretess

Försäkringstagaren har inte rätt att ta del av den försäkrades hälsostatus och försäkringsmedicinska bedömningar rörande denne.

När försäkringen upphör att gälla

Grupp-försäkring gäller längst till dess gruppmedlemmen uppnår den slutålder som finns angiven i gruppavtalet (vanligtvis utgången av månaden innan gruppmedlemmen fyller 65 år). Momenten diagnosförsäkring, familjeskydd, efterlevandeskydd och sjukförsäkring gäller dock längst till och med utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år. Annan slutålder kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. Momentet förtidskapital gäller dock längst till och med utgången av den månad då den försäkrade fyller 62 år. Sjukvårdsförsäkringen kan gälla längst till och med månaden innan den försäkrade fyller 75 år. Dock längst till gruppavtalets slutålder. Annan slutålder kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Försäkringen upphör dessförinnan att gälla:

- vid utgången av den månad då gruppavtalet upphör
- då gruppmedlemmen går ur försäkringen eller inte längre tillhör (eller kan tillhöra) den i gruppavtalet bestämda grupp av personer som kan försäkras.

Försäkringen upphör även då premien inte betalas i rätt tid. Se under Premie.

Upphör gruppmedlemmens försäkring upphör också medförsäkrads försäkring och försäkring för barn försäkrat i barnförsäkring att gälla.

Medförsäkrads försäkring upphör dessutom att gälla dessförinnan vid utgången av den månad

- då gruppmedlemmen avlider
- då äktenskapet eller samboförhållandet med gruppmedlemmen upplöses.

Försäkring för barn försäkrat i barnförsäkring upphör dessutom att gälla dessförinnan vid utgången av det kalenderår då barnet fyller 25 år. Giltighetstiden för försäkringen kan inte förlängas genom att premie betalas för tid efter det att försäkringen upphört. Se dock villkoren för återupplivning vid bristande premiebetalning under Premie. Den försäkrade kan när som helst under försäkringstiden säga upp försäkringen genom en anmälan till Förenade Liv. Förenade Liv har rätt att behålla premie för tid som försäkringen varit gällande.

Upphör företagaren med sin verksamhet upphör gruppavtalet efter uppsägning. Om arbetsgivaren försätts i konkurs eller inleder ett likvidationsförfarande får försäkringsgivaren säga upp avtalet till den tidpunkt då konkursen/likvidationen avslutas.

Efterskydd

Om den försäkrade har omfattats av en grupp-försäkring i minst sex månader, gäller ett förlängt försäkringsskydd (efterskydd) i tre månader efter utträdet ur gruppen. Efterskyddet gäller dock inte:

- om den försäkrade under efterskyddstiden fått eller uppenbarligen kan få försäkringsskydd av samma slag som tidigare eller
- då slutåldern iförsäkringen uppnåtts.

Gravidförsäkringen gäller under återstående försäkringstid om gravidförsäkring tecknats med engångspremie genom BOS -G.

Om en make/maka är medförsäkrad och äktenskapet upplöses, upphör efterskyddet tre månader efter äktenskapets upplösning. Efterskyddet för en medförsäkrad sambo upphör tre månader efter det att samboförhållandet har upphört.

Om den försäkrade omfattas av efterskydd gäller följande:

- I fråga om **livförsäkring, förtidskapital, efterlevandeskydd, familjeskydd och diagnosförsäkring:**

Vid försäkringsfall som inträffar under efterskyddstiden och innan den försäkrade uppnått gruppavtalets slutålder utbetalas den ersättning som skulle ha utbetalats enligt gruppavtalet.

I fråga om livförsäkringens **barnskydd** eller **barngruppliv** gäller dessutom följande. Försäkrad som utträder ur grupplivavtal med barnskydd på grund av uppnådd slutålder – 65 år – och då har barn under 18 år, bibehåller ett oförändrat skydd tills barnet fyller 18 år. För avtal med barngruppliv gäller detta efterskydd till utgången av det kalenderår då barnet fyller 20 år.

Efterskyddet gäller dock endast så länge föräldern lever. Det åligger föräldern att vid försäkringsfall styrka att grupplivförsäkringen upprätthölls till slutåldern.

- I fråga om **sjukförsäkring**:
Om den försäkrade är arbetsoförmögen vid utträdet eller blir arbetsoförmögen under efterskyddstiden och före gruppavtalets slutålder, utbetalas ersättning enligt de regler som skulle ha gällt enligt sjukförsäkringen.
- I fråga om **olycksfallsförsäkring**:
För olycksfall som inträffat före utträdet eller under efterskyddstiden och före gruppavtalets slutålder, utbetalas ersättning enligt de regler som skulle ha gällt enligt olycksfallsförsäkringen.
- I fråga om **barnförsäkring**:
Barnförsäkringen gäller med efterskydd under 3 månader under förutsättning att barnet inte är avregistrerat på grund av uppnådd slutålder.
- I fråga om **krisförsäkring**:
Vid behov av akut krishjälp före utträdet eller under efterskyddstiden och före gruppavtalets slutålder utbetalas ersättning enligt de regler som skulle ha gällt enligt krisförsäkringen.
- I fråga om **sjukvårdsförsäkring**:
För vårdbehov som inträffat före utträdet eller under efterskyddstiden ges vård enligt de regler som skulle ha gällt enligt sjukvårdsförsäkringen.

Fortsättningsförsäkring

Om den försäkrade har omfattats av en gruppförsäkring i minst 6 månader gäller nedanstående regler för fortsättningsförsäkring.

Gruppmedlem och medförsäkrad har rätt att teckna fortsättningsförsäkring:

- om gruppavtalet sägs upp av Förenade Liv,
- om gruppavtalet sägs upp av gruppen. Detta gäller dock inte om nytt gruppavtal träffas om samma typ av försäkring för väsentligen samma grupp i annat försäkringsbolag.
- om gruppmedlemmen lämnar den försäkringsberättigade gruppen

eller

- om försäkringsbeloppet i gruppliv- eller gruppsjukförsäkringen sänks på grund av att gruppavtalet ändras.

Medförsäkrad har dessutom rätt att teckna fortsättningsförsäkring

- om gruppmedlemmen avlider
- om äktenskapet eller samboförhållandet med gruppmedlemmen upplöses
- om gruppmedlemmen uppnår försäkringens slutålder före den medförsäkrade

eller

- om försäkringen sägs upp på grund av att gruppmedlemmen inte betalat premie i rätt tid.

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte:

- för gruppmedlem om premie för frivillig gruppförsäkring inte betalats i rätt tid
- om gruppmedlemmen själv valt att säga upp försäkringen för sig och/eller medförsäkrad, men kvarstår i den försäkringsberättigade gruppen
- om försäkringsbeloppet minskats eller annan försäkring av omfattningen gjorts på grund av gruppmedlemmens eller den medförsäkrades ålder
- vid förändring av innehållet i gruppförsäkringen
- om den försäkrade uppnått slutåldern i gruppförsäkringen.

Kan den försäkrade anslutas till annan gruppförsäkring, får fortsättningsförsäkringens innehåll motsvara endast den försäkring som bytet av gruppförsäkring medfört.

För gravidförsäkring som tecknats med engångspremie i BOS - G och för kompanjonförsäkring finns ingen rätt att teckna fortsättningsförsäkring.

Upphör gruppmedlems gruppförsäkring att gälla enligt ovan och försäkrat barn i barnförsäkring är under 25 år, kan barnet teckna fortsättningsförsäkring för barnförsäkringen. Detta måste ske inom tre månader från försäkringens upphörande. Fortsättningsförsäkringen gäller längst till utgången av det kalenderår under vilket den försäkrade fyller 25 år. Därefter kan dessa försäkrade, samt försäkrad som lämnar barnförsäkringen på grund av uppnådd slutålder, teckna vuxenolycksfallsförsäkring inom 3 månader från försäkringens upphörande. Vid tecknandet behöver ingen hälsodeklaration lämnas. För att ett oavbrutet försäkringsskydd ska gälla ska ansökan om Fortsättningsförsäkring göras innan försäkringen upphör.

Fortsättningsförsäkring tecknas utan hälsoprövning. Fortsättningsförsäkring som avser liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring kan tecknas att gälla till utgången av den kalendermånad då den försäkrade fyller 65 år.

Fortsättningsförsäkring som avser förtidskapital kan tecknas att gälla till utgången av den kalendermånad då den försäkrade fyller 62 år alternativt 65 år beroende på vad som gäller i gruppavtalet.

Fortsättningsförsäkring för sjukvårdsförsäkring upphör i enlighet med informationen på försäkringsbeskedet.

Ansökan om fortsättningsförsäkring ska göras inom 3 månader från den dag då gruppförsäkringen upphörde att gälla eller gruppavtalet ändrades.

Fortsättningsförsäkringens belopp får inte överstiga det belopp som senast gällde för den försäkrade. För sjukförsäkring får ersättningsbeloppet inte överstiga den nivå som myndigheterna bestämmer.

Vid ansökan om fortsättningsförsäkring för Efterlevandeskydd och Familjeskydd (FS2) omvandlas försäkringsbeloppet till försäkringsbelopp för dödsfallskapital. Fortsättningsförsäkringen kan ha annan utformning och andra försäkringsvillkor än grupp-försäkringen.

Premien för fortsättningsförsäkring beräknas enligt särskild tariff.

För fortsättningsförsäkring gäller särskilda villkor.

Upplivningsplikt

Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på Förenade Livs begäran lämna upplivningar som kan ha betydelse för frågan om försäkring ska meddelas eller förnyas. Försäkringstagaren och den försäkrade ska ge riktiga och fullständiga svar på Förenade Livs frågor.

Oriktig uppgift

Om oriktiga eller ofullständiga uppgifter har lämnats kan detta medföra att försäkringen blir ogiltig eller att Förenade Liv är fritt från ansvar enligt bestämmelserna i försäkringsavtalslagen och i allmän svensk lag i övrigt. Inbetald premie återbetalas inte i dessa fall. Försäkringen ersätter inte läkarvård eller behandling då den försäkrade lämnat oriktig eller ofullständig uppgift till Förenade Liv. Förenade Liv har rätt att återkräva kostnader för läkarvård eller behandling i sådant fall.

Förenade Livs Seniorförsäkring

Gruppmedlem och medförsäkrad som omfattats av liv- och/ eller olycksfallsförsäkring och som inte längre kan omfattas av gruppavtalet beroende på att slutåldern i gruppavtalet (vanligtvis utgången av månaden innan gruppmedlemmen fyller 65 år) uppnåtts, överförs automatiskt till Förenade Livs Seniorförsäkring, liv- och/eller olycksfallsförsäkring, beroende på vad gruppmedlemmen och eventuell medförsäkrad tidigare omfattats av. Före överföringen sänds information till de försäkrade om möjligheten att teckna högre försäkringsbelopp i liv- och olycksfallsförsäkringen. I Seniorförsäkringen kan även Diagnosförsäkring Senior ingå. Vad som gäller för Diagnosförsäkring Senior framgår av Förenade Livs *Villkor för Seniorförsäkring*.

I de grupper där Förenade Liv saknar personuppgifter på de försäkrade sänder grupp-företrädaren ut erbjudande om att teckna Seniorförsäkring.

För att ett oavbrutet försäkrings-skydd ska gälla ska ansökan om Seniorförsäkring och tillvals-försäkring göras innan gruppmedlemmen utträtt ur grupp-försäkringen. Ansökan om Seniorförsäkring samt tillval kan dock göras senast inom tre månader från utträdet ur grupp-försäkringen.

För Seniorförsäkringen gäller särskilda villkor.

Åtgärder för utbetalning

Dödsfall, sjukdom, diagnos eller olycksfall, som kan ge rätt till ersättning, ska snarast möjligt anmälas till Förenade Liv. Blanketter kan beställas från grupp-företrädaren eller

Förenade Liv. Blanketterna finns också på forenadeliv.se.

De handlingar och övriga upplivningar som Förenade Liv anser vara av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning och Förenade Livs ansvarighet ska anskaffas och insändas utan kostnad för Förenade Liv. Medgivande för Förenade Liv att för bedömning av sin ansvarighet inhämta upplivningar från läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning ska lämnas om Förenade Liv begär detta. Förutsättningar för rätt till ersättning vid sjukdom, diagnos eller olycksfallsskada är att den försäkrade:

- snarast anlitar läkare
- under sjuktiden står under fortlöpande läkartillsyn
- iakttar läkarens föreskrifter
- följer Förenade Livs anvisningar
- gör anmälan. (I de försäkringsprodukter där det anges att kostnader ersätts ska dessa kunna styrkas med originalkvitton.)

Om Förenade Liv begär det, ska den försäkrade inställa sig för undersökning hos särskilt anvisad läkare. Sådant undersökning bekostas av Förenade Liv.

För diagnosförsäkring gäller dessutom följande

- Den som begär utbetalning av *diagnosförsäkring* ska bifoga journalkopia och läkarintyg som styrker diagnosen som försäkringen ersätter.
- Den som begär utbetalning av *begravningshjälp* från diagnosförsäkringen ska bifoga journalkopia och läkarintyg som styrker diagnosen som försäkringen ersätter samt dödsfallsintyg.
- Diagnosen ska vara ställd/verifierad av läkare verksam i Sverige. Förenade Liv har rätt att få ett andra utlåtande från en läkare utsedd av Förenade Liv.

Preskription

Rätten till försäkringsersättning eller annat försäkrings-skydd upphör om den som gör anspråk på ersättning inte väcker talan mot Förenade Liv inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsavtalet berättigar till sådant skydd inträdde.

Med förhållande avses de förutsättningar i 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 anspråk mot Förenade Liv inom den tid som anges här, har dock

alltid minst sex månader på sig att väcka talan mot Förenade Liv från den dag vi har förklarat att vi tagit slutlig ställning till anspråket.

Tidpunkt för utbetalning och räntebestämmelser

När rätt till ersättning uppkommit och den som begär utbetalning

- fullgjort de åtgärder som angetts för utbetalning eller premiebefrielse,
- lagt fram den utredning som skäligen kan begäras för att fastställa Förenade Livs betalningsskyldighet och till vem utbetalning ska göras,

ska utbetalning ske senast en månad därefter. Sker utbetalning senare, betalas dröjsmålsränta enligt räntelagen. Härutöver ansvarar Förenade Liv inte för förlust som kan uppstå om utredning rörande försäkringsfall eller utbetalning fördröjs.

Dröjsmålsränta betalas inte om dröjsmålet beror på krig eller politiska oroligheter.

Oavsett om dröjsmål föreligger, betalar Förenade Liv ränta på dödsfallskapital, förtidskapital, diagnosförsäkring och ersättning från livförsäkringens barngruppliv eller barnskydd som har förfallit till betalning men kvarstår i Förenade Livs förvaltning. Ränta betalas för tid efter en månad efter det att försäkringsbeloppet förfallit till betalning men kvarstår i Förenade Livs förvaltning. Den räntefot som tillämpas är referensräntan minskad med två procentenheter och i förekommande fall minskad med den på det förräntade beloppet belöpande avkastningskatt Förenade Liv har att erlægga. Räntan avräknas i förekommande fall från dröjsmålsränta.

Ränta eller dröjsmålsränta betalas inte om den är mindre än 0,5 procent av prisbasbeloppet det år utbetalning sker.

Juridiskt ombud

Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

Gemensamt skaderegister (GSR)

Förenade Liv har rätt att i ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmälda skador i anledning av dessa försäkringar. Registret används endast i samband med skadereglering.

Behandling av personuppgifter

Huvudansvarig för behandling av personuppgifterna är Förenade Liv Grupp-försäkring AB som har tecknat försäkringsavtalet. Uppgifterna används för förvaltning av avtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – såsom premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Förenade Livs etiska regler.

Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration, information och viss marknadsföring.

Förenade Liv är ett bolag inom Folksamgruppen. Försäkrads adressuppgifter och enkla grundläggande uppgifter om försäkringsavtalet kan därför komma att hanteras i ett för Folksamgruppen gemensamt kundregister för rationell administration; bland annat automatisk adresshantering, samordning av information till försäkrade och viss marknadsföring. Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta kundtjänst.

Vid beställning av utdrag ur Förenade Livs register skriv till: Registerutdrag, Förenade Liv, 106 60 Stockholm.

3 Allmänna begränsningar i gruppförsäkringarnas giltighet

För sjukvårdsförsäkringen gäller särskilda begränsningar. Se "Vad Sjukvårdsförsäkringen inte gäller för", kapitel 14.2.

Vid vistelse utomlands som inte berörs av begränsningar vid krigsförhållande och politiska oroligheter.

Allmänt

Kostnader för olycksfall som ersätts av separat reseförsäkring alternativt moment i hemförsäkring ersätts inte från olycksfallsförsäkring och barnförsäkring. Ersättning lämnas inte heller för kostnader eller behandlingskostnader för tandskador, om kostnaderna har uppstått i utlandet efter tidpunkten för den ursprungligt planerade hemresan.

Diagnosförsäkring gäller även om den försäkrade vistas utomlands – oavsett hur länge utlandsvistelsen varat. Diagnos ska dock vara ställd eller verifierad av läkare verksam i Sverige. Diagnosförsäkring enligt kapitel 9, diagnos 15, utbetalas dock endast om incidenten som orsakade smittan skett i Sverige.

Inom Norden

Samtliga gruppförsäkringar gäller vid vistelse i Norden, oavsett hur länge vistelsen varat.

Utanför Norden

Samtliga försäkringars dödsfallskapital gäller om den försäkrade avlider utomlands, oavsett hur länge utlandsvistelsen varat.

Vid vistelse utanför Norden som varat längre tid än tolv månader gäller inte

- sjukförsäkringen
- förtidskapital och barnskydd
- olycksfallsförsäkringen
- barnförsäkringen olycksfall och sjukdom
- gravidförsäkringen

Utanför Norden med anledning av utlandstjänst

Är den försäkrade, den försäkrades make/maka/sambo (eller i fråga om barnskydd/barngruppliv och barnförsäkring den försäkrades förälder)

- i utlandstjänst hos svenska staten, ett svenskt företag eller en svensk ideell förening
- i tjänst hos ett utländskt företag som är moder-, dotter eller systerbolag till ett svenskt företag

- i tjänst hos en sammanslutning av stater där Sverige är medlem, gäller dock försäkringarna för arbetsförmåga eller olycksfall som den försäkrade drabbas av utom Norden, även om vistelsen varat längre tid än tolv månader. När vistelsen varat längre tid än tolv månader ger dock olycksfallsförsäkringen och barnförsäkringen inte längre rätt till ersättning för kostnader på grund av försäkringsfall som inträffar därefter.

Vistelsens varaktighet

Vistelse utanför Norden anses inte avbruten genom tillfälliga uppehåll i Norden för läkarbesök, sjukhusvård, affärer, semester eller dylikt. Vistelsen utanför Norden anses avbruten först när den försäkrade återvänder till Norden med avsikt att stanna.

Vid krigstillstånd i Sverige

Med krigstillstånd i Sverige menas krig eller förhållande för vilket gäller särskild lagstiftning.

Livförsäkringens dödsfallskapital, efterlevandeskydd och familjeskydd

Särskild lagstiftning gäller i fråga om Förenade Livs ansvarighet och rätt att ta ut krigspremie.

Förtidskapital, förtidsutbetalning, barnskydd, sjukförsäkring och diagnosförsäkring

Försäkringarna gäller inte för arbetsförmåga – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnos – som drabbas den försäkrade medan krigstillstånd råder i Sverige om arbetsförmågan – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnosen – kan anses vara beroende av krigstillståndet. Samma regel gäller om den försäkrade drabbas av arbetsförmåga eller diagnos inom ett år efter krigstillståndets upphörande.

Olycksfallsförsäkring, barnförsäkring och gravidförsäkring

Försäkringarna gäller inte för olycksfall eller sjukdom som inträffar medan krigstillstånd råder i Sverige och som kan anses vara beroende av krigstillståndet.

Vid deltagande i politiska oroligheter eller krig utanför Sverige

Deltagande i av EU upprättade Nordic Battlegroup och deltagande i Isafs uppdrag i Afghanistan räknas som deltagande i krig eller politiska oroligheter. Detsamma gäller vid deltagande i därmed jämförlig trupp som utsänts med syfte att delta i krig eller politiska oroligheter.

Deltagande i militär fredsbevarande verksamhet i FN:s regi – såsom deltagande i SFOR (avseende f d Jugoslavien) – eller enligt beslut av OSSE (Organisationen för säkerhet och samarbete i Europa) räknas inte som deltagande i krig eller politiska oroligheter. I stället gäller vad som sägs om vistelse utom Sverige vid krig eller krigsliknande politiska oroligheter, andra stycket (se nedan).

Livförsäkringens dödsfallskapital, förtidskapital, förtidsutbetalning, barnskydd/ barngruppliv, sjukförsäkring, diagnosförsäkring, efterlevandeskydd samt familjeskydd

Försäkringarna gäller inte för dödsfall eller arbetsoförmåga – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnos – som inträffar då den försäkrade deltar i krig (vilket inte sammanhänger med krigstillstånd i Sverige) eller i politiska oroligheter utom Sverige. Försäkringen gäller inte heller för dödsfall eller arbetsoförmåga – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnos – som inträffar inom 1 år efter sådant deltagande och som kan anses vara beroende av kriget eller oroligheterna.

Olycksfallsförsäkring samt barnförsäkring

Försäkringarna gäller inte för försäkringsfall som inträffar då den försäkrade deltar i krig (vilket inte sammanhänger med krigstillstånd i Sverige) eller i politiska oroligheter utom Sverige.

Vid vistelse utanför Sverige vid krig eller krigsliknande politiska oroligheter

Livförsäkringens dödsfallskapital, förtidskapital, förtidsutbetalning, barnskydd/ barngruppliv, sjukförsäkring, diagnosförsäkring, olycksfallsförsäkring, barnförsäkring, gravidförsäkring, efterlevandeskydd samt familjeskydd

Om den försäkrade vistas utanför Sverige i område där krig eller krigsliknande politiska oroligheter råder – men utan att själv delta – gäller följande.

Om försäkringen tecknades senare än tre månader före utresan till eller under vistelsen i området och kriget eller oroligheterna redan då pågick eller uppenbar krigsfara förelåg, gäller försäkringen inte för dödsfall, arbetsoförmåga, sjukdom eller olycksfall – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnos – som inträffar under vistelsen i området eller inom ett år efter vistelsens slut och som kan anses bero på kriget eller oroligheterna.

Skador orsakade av atomkärnreaktion samt biologiska, kemiska och nukleära substanser

Försäkringarna gäller inte för försäkringsfall vars uppkomst eller omfattning har direkt eller indirekt samband med atomkärnreaktion.

Försäkringarna gäller inte heller för försäkringsfall genom spridande av biologiska, kemiska eller nukleära substanser i samband med terrorhandling. Med terrorhandling avses en skadebringande handling som är straffbelagd där den begås eller där försäkringsfallet inträffar och som framstår att vara utförd i syfte att

- allvarligt skrämja en befolkning
- otillbörligt tvinga offentliga organ eller internationell organisation att genomföra eller avstå från att genomföra viss åtgärd eller
- allvarligt destabilisera eller förstöra de grundläggande politiska, konstitutionella, ekonomiska eller sociala strukturerna i ett land eller i en internationell organisation.

Force majeure

Försäkringsgivaren är inte ansvarig för förlust som kan uppstå om utredning rörande försäkringsfall eller utbetalning fördröjs på grund av krig eller politiska oroligheter eller på grund av lagbud, myndighets åtgärd eller stridsåtgärd i arbetslivet.

Brottslig handling m m

Olycksfallsförsäkring samt barnförsäkring

Försäkringarna gäller inte för olycksfallsskada som inträffar då den försäkrade

- utför eller medverkar till brottslig handling som enligt svensk lag kan leda till fängelse
- är påverkad av narkotiska preparat eller använder läkemedel på ett felaktigt sätt. Den händelse som orsakat skadan ska vara en direkt följd av detta.

Ovanstående två begränsningar gäller inte om den försäkrade är under 18 år.

Försäkringarna gäller heller inte för skada där det får antas att den skadevällande händelsen föranletts av att den försäkrade varit i sådant sinnestillstånd som avses i 30 kap 6 § brottsbalken.

Vid flygning

Försäkringarna gäller inte vid olycksfallsskada som drabbad den försäkrade vid flygolycka om denne 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.

4 Om vi inte skulle komma överens

Missförstånd eller oenigheter kan ofta klaras upp på ett enkelt sätt. Ta därför först kontakt med den som handlagt ärendet eller handläggarens närmaste chef.

Om vi ändå inte skulle komma överens, finns följande instanser att vända sig till.

Prövande instanser

Kundombudsmannen Förenade Liv

Kundombudsmannen gör en opartisk bedömning av ärendet och kan rekommendera Förenade Liv att ändra sitt beslut. Anmälan till Kundombudsmannen måste göras inom ett år från det att Förenade Liv lämnat sitt slutliga beslut. Adress: Kundombudsmannen Förenade Liv, 106 60 Stockholm. Telefon: 08-772 84 30 eller 020-65 52 53. E-post: kundombudsmannen@forenadeliv.se

Förenade Livs Försäkringsnämnd

Slutligt beslut i ett försäkringsärende kan prövas av Förenade Livs Försäkringsnämnd efter att ärendet först har prövats av Kundombudsmannen Förenade Liv. Adress: Förenade Livs försäkringsnämnd, 106 60 Stockholm.

Personförsäkringsnämnden

Samtliga typer av försäkringsärenden där det rör medicinska bedömningar kan prövas i Personförsäkringsnämnden (Box 24067, 104 50 Stockholm, besöksadress Karlavägen 108, telefon 08-522 787 20). Hemsida: forsakringsnamnder.se

Allmänna reklamationsnämnden

Allmänna reklamationsnämnden är en statlig myndighet som prövar de flesta tvister kring privatpersoners försäkringsärenden, dock inte ärenden som rör medicinsk bedömning eller tvister där värdet av vad som yrkas understiger 2 000 kronor. Anmälan till nämnden måste göras inom sex månader från det att Förenade Liv eller Kundombudsmannen har lämnat sitt slutliga beslut. Adress: Allmänna reklamationsnämnden, Box 174, 101 23 Stockholm, telefon 08-555 017 00. E-post: arn@arn.se Hemsida: arn.se

Allmän domstol

Om vi inte skulle komma överens i någon av de andra instanserna kan du i vissa fall få din tvist prövad i domstol i första hand i tingsrätten. I en del hemförsäkringar ingår Rättsskydd som kan ersätta en del av kostnaden.

Rådgivande instanser

Konsumenternas Försäkringsbyrå

Konsumenternas Försäkringsbyrå (Box 24215, 104 51 Stockholm, besöksadress Karlavägen 108, telefon 08-22 58 00) kan lämna upplysningar i försäkringsfrågor. Hemsida: konsumenternas.se

Kommunal konsumentvägledning

I en del kommuner finns kommunal konsumentvägledning som ger råd och hjälp i försäkringsärenden. Adress och telefonnummer finns i telefonkatalogen eller på konsumentverket.se

Annan viktig information

Vänta inte för länge med att kräva ersättning från en försäkring eftersom rätten till försäkringsersättning kan bli preskriberad (se under kapitel 2 Gemensamma bestämmelser).

5 Produktvillkor Livförsäkring (L)

5.1 Omfattning

Försäkringens omfattning framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. För varje försäkrad gäller vid varje tidpunkt ett genom gruppavtalet bestämt försäkringsbelopp (försäkringsbeloppet för livförsäkring). Försäkringsbeloppet kan även utgöra ett efterlevandeskydd som utbetalas månadsvis.

Livförsäkring kan omfatta

- enbart dödsfallskapital LD
- efterlevandeskydd ES
- barnskydd BP
- barngruppliv BL

5.2 Rätt till ersättning – dödsfallskapital (LD)

Dödsfallskapital utbetalas om den försäkrade avlider under försäkringstiden. Dödsfallskapet utgörs av försäkringsbeloppet för livförsäkring efter eventuell åldersreduktion enligt gruppavtalet.

5.3 Rätt till ersättning – efterlevandeskydd (ES)

Efterlevandeskydd kan tecknas att ingå i livförsäkringen eller som ett tillval till livförsäkringen. Vad som gäller framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. Efterlevandeskydd är ett tidsbegränsat försäkringsskydd, som lämnar ersättning månadsvis i efterskott till förmånstagare om den försäkrade avlider under försäkringstiden.

Av gruppavtalet och försäkringsbeskedet framgår avtalat försäkringsbelopp och ersättningstidens längd.

Utbetalning av efterlevandeskydd

Avlider den försäkrade under försäkringstiden betalas efterlevandeskyddet ut under det antal månader som anges i försäkringsbeskedet från och med månaden efter dödsfallet. Efterlevandeskyddet gäller dock längst till och med utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år (se under kapitel 2 Gemensamma bestämmelser – När försäkring upphör att gälla). Annan slutålder kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. Avlider förmånstagare under tiden efterlevandeskyddet betalas ut, tillfaller efterlevandeskyddet som avser månaden för dödsfallet förmånstagarens dödsbo. Därefter inträder den eller de som enligt förmånstagarförordnandet står närmast i tur.

Har ett avstående gjorts och det senare kommer att saknas förmånstagare, inträder åter den som avstått som förmånstagare.

5.4 Förmånstagarförordnande för livförsäkring och efterlevandeskydd

Nedanstående förmånstagarförordnande gäller om inte annat anges i gruppavtalet och försäkringsbeskedet. Den försäkrade kan skriftligen anmäla annat förmånstagarförordnande till Förenade Liv.

För gruppmedlems försäkring

- a) make/maka eller sambo
- b) gruppmedlemmens arvingar.

För medförsäkrads försäkring

- a) gruppmedlemmen, om denne är den medförsäkrades make/maka eller sambo
- b) den medförsäkrades arvingar.

Om förmånstagare avlidit eller helt eller delvis avstår från sin rätt inträder den eller de som enligt förordnandet därefter är berättigade i den avståendes ställe. Med *make/maka* avses den med vilken den försäkrade vid sin död var gift. Förordnande till förmån för make/maka upphör att gälla när ansökan om äktenskapsskillnad inkommit till domstol.

Vid förordnande till *arvingar* fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

Blankett för ändrat förmånstagarförordnande kan beställas från Förenade Liv. Blanketten finns också på forenadeliv.se/formanstagare. Ändrat förmånstagarförordnande förfaller vid byte av grupptillhörighet eller vid övergång till fortsättningsförsäkring. Förmånstagarförordnandet kan inte ändras genom ett testamente.

Förmånstagare till utfallande efterlevandeskydd följer det generella förmånstagarförordnandet som gäller för dödsfallskapet i livförsäkringen i gruppavtalet. Den försäkrade kan skriftligen anmäla annat förmånstagarförordnande till Förenade Liv. Om inte annat särskilt angivits gäller det ändrade förmånstagarförordnandet både för dödsfallskapet och efterlevandeskyddet.

5.5 Rätt till ersättning – barngruppliv (BL) – försäkring för barns dödsfall

Försäkringen Barngruppliv ingår i gruppmedlemmens livförsäkring. Annat kan ha avtalats och det framgår då av försäkringsbeskedet. Försäkringen gäller för barns dödsfall. Försäkringen gäller längst till utgången av det kalenderår då barnet fyller 20 år (försäkringens sluttidpunkt). Upphör gruppmedlems försäkring dessförinnan, upphör också barnets försäkring att gälla.

Försäkrade

Försäkrade är gruppledlems arvsberättigade barn. Även make/maka/sambo arvsberättigade barn är försäkrade om barnet är stadigvarande bosatt på samma adress som gruppledlemmen. Ersättning från Barngruppliv utbetalas dock endast från gruppledlemmens livförsäkring. Vid dödsfall jämföras med arvsberättigade barn dödfött barn som avlidit från och med den 23:e graviditetsveckan. Utländskt barn, som gruppledlemmen avser att adoptera, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att Socialnämnden lämnat medgivande.

Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast efter ett år från det barnet kom till Sverige.

Försäkringsbelopp

Försäkringsbeloppet vid dödsfall är 40 000 kronor (om inte annat har avtalats).

Utbetalning

Avlider barnet under försäkringstiden, betalas försäkringsbeloppet ut till barnets dödsbo som begravningshjälp eller, i fall som avses under "Försäkrade" andra eller tredje stycket, till gruppledlem.

5.6 Rätt till ersättning – barnskydd (BP) – försäkring för barns bestående arbetsförmåga och dödsfall

Obs! Från och med 1 januari 2004 har barnskyddet ändrats till Barngruppliv (om inte annat har avtalats) – se Övergångsbestämmelse.

Försäkringen Barnskydd ingår i gruppledlemmens livförsäkring, grund, om denna innehåller förtidskapital, inkomstkapital sjukkapital eller sjukkapital 1 och 2.

Försäkringen gäller för barns bestående arbetsförmåga samt för dödsfall. Försäkringen gäller längst till utgången av den månad då barnet fyller 18 år (försäkringens sluttidpunkt). Upphör gruppledlems försäkring dessförinnan, upphör också barnets försäkring att gälla. Detsamma gäller barn till medförsäkrad, om medförsäkrads försäkring upphör att gälla.

Försäkrade

Försäkrade är gruppledlems arvsberättigade barn. Även makes/makas/sambos arvsberättigade barn är försäkrade om makes/makas/sambos är medförsäkrad i livförsäkringen. Ersättning från barnskydd utbetalas dock endast från gruppledlemmens livförsäkring.

Vid dödsfall jämföras med arvsberättigade barn dödfött barn som avlidit från och med den 23:e graviditetsveckan. Utländskt barn, som gruppledlemmen avser att adoptera, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att Socialnämnden lämnat medgivande. Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast efter ett år från det barnet kom till Sverige. Ett barn omfattas dock inte av försäkringen om vid den tid-

punkt då livförsäkringen med förtidskapital, inkomstkapital, sjukkapital eller sjukkapital 1 och 2 träder i kraft

- barnet fyllt 16 år
- vårdbidrag för barnet har beviljats enligt socialförsäkringsbalken
- barnet vårdas på institution

Försäkringsbelopp

Försäkringsbeloppet för barns *bestående arbetsförmåga* är tio prisbasbelopp (om inte annat avtalats). Försäkringsbeloppet vid dödsfall är 0,5 prisbasbelopp (om inte annat har avtalats).

Med prisbasbelopp avses det prisbasbelopp som gäller den 1 januari det år då rätt till utbetalning inträder.

Utbetalning

Försäkringsbeloppet för barns bestående arbetsförmåga betalas ut om barnet före 18 års ålder drabbas av arbetsförmåga och under två år från försäkringens sluttidpunkt – 18 år – varit oavbrutet arbetsförmöget till minst 50 procent och arbetsförmågan av Förenade Liv bedöms som bestående.

Utbetalning kan ske tidigast när barnet fyllt 20 år. Utbetalning sker till det försäkrade barnet. Avlider barnet efter det att rätt till utbetalning inträtt men innan utbetalning skett, utbetalas försäkringsbeloppet till barnets dödsbo.

Avlider barnet under försäkringstiden, betalas försäkringsbeloppet vid dödsfall ut till barnets dödsbo som begravningshjälp eller, i fall som avses under "Försäkrade" andra eller tredje stycket, till gruppledlemmen.

Övergångsbestämmelse

Från och med 1 januari 2004 har barnskyddet ändrats till Barngruppliv (om inte annat har avtalats) – se nedan. För barn som den 31 december 2003 omfattades av barnskyddet gäller ett fortsatt skydd för bestående arbetsförmåga. Det gäller till utgången av den månad då barnet fyller 18 år, under förutsättning att föräldern har kvar sin livförsäkring med förtidskapital, inkomstkapital, sjukkapital eller sjukkapital 1 och 2. Försäkringsbeloppet vid dödsfall höjs till 40 000 kronor.

5.7 Värdesäkring av premiebefriad livförsäkring för försäkrad som före den 1 januari 2012 beviljats, eller har rätt till premiebefrielse

Under tid då rätt till premiebefrielse föreligger (se under rubrik Premiebefrielse i kapitel 2) uppräknas livförsäkringsbeloppet i förhållande till ökningen av prisbasbeloppet enligt Socialförsäkringsbalken, dock inte för något år med mer än tio procent. Inträder rätten till premiebefrielse den 1 januari, sker sådan uppräknings även vid det årsskiftet. Värdesäkringen upphör när den försäkrade fyller 65 år. Värdesäkring görs endast av livförsäkringsbelopp som är basbeloppsanknutna.

6 Produktvillkor Förtidskapital (FK 1.1),(FK 1.2)

6.1 Omfattning förtidskapital med slutålder 62 år (FK1.2)

Försäkringens omfattning framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. För varje försäkrad gäller vid varje tidpunkt ett genom gruppavtalet bestämt försäkringsbelopp, försäkringsbeloppet för förtidskapital.

Förtidskapitalet kan även tecknas att ingå som ett moment i livförsäkringen (LFK) och i sjukförsäkringen (SFK).

6.2 Rätt till ersättning – förtidskapital på grund av sjukersättning eller långvarig arbetsoförmåga

Förtidskapital på grund av sjukersättning

Förtidskapital kan utbetalas om den försäkrade drabbas av arbetsoförmåga och på grund därav under försäkringstiden beviljas minst halv sjukersättning (enligt Socialförsäkringsbalken) som betalas ut från en tidpunkt före *fyllda 62 år*.

Rätten till förtidskapital inträder vid den tidpunkt från vilken sjukersättningen betalas ut.

Förtidskapital på grund av långvarig arbetsoförmåga

Förtidskapital kan utbetalas även om den försäkrade under försäkringstiden och *före fyllda 62 år* varit arbetsoförmögen till minst hälften under 36 månader inom en sammanhängande tid av 42 månader. Arbetsoförmågan ska bero på sjukdom eller olycksfall som är godkänd av Försäkringskassan.

Halvt förtidskapital utbetalas om den försäkrade varit arbetsoförmögen till minst hälften under samtliga de 36 månaderna som ger rätt till utbetalning.

Helt förtidskapital utbetalas om den försäkrade varit arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar under samtliga de 36 månaderna som ger rätt till utbetalning. Har den försäkrade vid någon tidpunkt under denna tid varit arbetsoförmögen till hälften men inte till minst tre fjärdedelar utbetalas halvt förtidskapital. Arbetsoförmåga som understiger 50 procent berättigar inte till ersättning.

Gemensamma bestämmelser

För att ansvaret för förtidskapital ska inträda vid automatisk anslutning gäller att medlem /anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan han/hon inträdde i förbundet/ föreningen eller anställdes eller att hon/han senare varit fullt arbetsför i minst 90 dagar i följd. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom nittiodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

Annat kan ha avtalats och framgår då av den information som lämnas vid anslutningen. Följande gäller då för anslutning till förtidskapital:

Medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan hon/ han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom nittiodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar. Om inte hälsokraven enligt ovan uppfylls ska den försäkrade avnämna sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.

Förtidskapital är den andel av försäkringsbeloppet för förtidskapital som anges i kolumnerna 1–2 i tabell A.

Procentsatsen för förtidskapital bestäms av den försäkrades ålder vid den tidpunkt då rätten till förtidskapital inträder.

Beräkning sker enligt försäkringsbeloppet för förtidskapital som gäller då rätten till förtidskapital inträder. I övrigt gäller följande:

- Kolumn 1 tillämpas om den försäkrade har beviljats minst tre fjärdedels sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av minst tre fjärdedels arbetsoförmåga.
- Kolumn 2 tillämpas om den försäkrade har beviljats halv sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av halv arbetsoförmåga.

Vid utbetalning av ytterligare förtidskapital anges nedan hur tabellen ska läsas.

Utbetalning av förtidskapital påverkar inte dödsfallskapital om sådant ingår i avtalet och har tecknats.

Om den försäkrade får höjd nivå på sjukersättningen eller uppfyller kraven för höjd nivå av förtidskapital på grund av långvarig arbetsoförmåga

Försäkrad som fått förtidskapital utbetalat enligt kolumn 2 i tabell A och som senare under försäkringstiden och *före fyllda 62 år* antingen beviljas hel eller tre fjärdedels sjukersättning eller

senare under försäkringstiden är arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under 12 månader *före fyllda 62 år* kan få ytterligare förtidskapital.

Ytterligare förtidskapital beräknas på följande sätt:

- Försäkrad som har fått rätt till helt förtidskapital vid något tidigare tillfälle kan inte få det igen.
- Försäkrad som har fått halvt förtidskapital kan få ytterligare förtidskapital vid ett tillfälle, om han senare under försäkringstiden och före fyllda 62 antingen är arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott

under minst 12 månader eller beviljas minst tre fjärdedels sjukersättning. Storleken på detta ytterligare förtidskapital beräknas i procent av det försäkringsbelopp för förtidskapital som gäller för den försäkrade när rätten till den nya utbetalningen uppkommer. Procentsatsen avläses i kolumn 2 vid den ålder som den försäkrade uppnått då.

Upprepad arbetsoförmåga för försäkrad som tidigare haft rätt till eller fått utbetalat förtidskapital, sjukkapital eller inkomstkapital enligt villkor för gruppförsäkring 2011 eller tidigare.

Försäkrad som har fått halvt sjuk- eller inkomstkapital kan få ytterligare förtidskapital vid ett tillfälle, om hon/han senare under försäkringstiden och före fyllda 62 år antingen

- är arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under minst 12 månader eller

- beviljas minst tre fjärdedels sjukersättning.

Storleken på detta ytterligare förtidskapital beräknas i procent av det försäkringsbelopp för förtidskapital som gäller för den försäkrade när rätten till den nya utbetalningen uppkommer. Procentsatsen avläses i kolumn 2 vid den ålder som den försäkrade uppnått då.

Försäkrad som fått rätt till eller fått trefjärdedels förtidskapital utbetalt enligt villkor för 2011 eller tidigare

Försäkrad som fått rätt till eller fått trefjärdedels förtidskapital utbetalt enligt 2011 års villkor eller tidigare har vid beslut om hel sjukersättning eller efter hel arbetsoförmåga utan avbrott under 12 månader före 62 år rätt till utbetalning av ytterligare förtidskapital. För ytterligare förtidskapital avläses procentsatsen vid den ålder som berättigar till ytterligare kapital i tabell A kolumn 2. Det värde som då erhålles minskas med hälften.

Tabell A. Procentsatser för förtidskapital

Uppnådd ålder	Förtidskapital Kolumn 1	Förtidskapital Kolumn 2
- 35	100	50
36	96	48
37	92	46
38	88	44
39	84	42
40	80	40
41	76	38
42	82	36
43	68	34

44	64	32
45	60	30
46	56	28
47	52	26
48	48	24
49	44	22
50	40	20
51	37	18,5
52	34	17,0
53	31	15,5
54	28	14,0
55	25	12,5
56	22	11,0
57	19	9,5
58	16	8,0
59	13	6,5
60	10	5,0
61	10	5,0

Förtidskapitalet upphör

Försäkringen/momentet upphör när helt förtidskapital betalats ut, dock alltid senast vid utgången av den månad då den försäkrade fyller 62 år. Försäkringen upphör dessförinnan att gälla då den försäkrade går ur försäkringen eller inte längre tillhör eller kan tillhöra den i gruppavtalet bestämda grupp av personer som kan försäkras.

Övergångsbestämmelse

Från och med den 1 januari 2012 gäller följande för förtidskapital och dödsfallskapital.

Har den försäkrade vid utgången av 2011 fått eller haft rätt till del av förtidskapital, del av sjukkapital eller del av inkomstkapital tillämpas i fortsättningen nu gällande villkor för gruppförsäkring för beräkning och utbetalning av ytterligare förtidskapital och dödsfallskapital. Försäkrad som har fått eller haft rätt till helt förtidskapital, helt inkomstkapital eller helt sjukkapital kan inte få förtidskapital. För försäkrade som omfattats av försäkringsavtal som flyttats över från annat försäkringsbolag gäller särskilda övergångsregler som sänts över till de försäkrade i samband med överflyttningen.

Arbetsoförmåga till minst hälften från och med den 1 januari 2009 kan medräknas för kvalifikation till förtidskapitalet som införs den 1 januari 2012. Sjukersättning som beviljas från och med den 1 januari 2012 kan berättiga till förtidskapital enligt nu gällande villkor för förtidskapital.

6.3 Omfattning förtidskapital med slutålder 65 år (FK1.1)

Försäkringens omfattning framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. För varje försäkrad gäller vid varje tid-punkt ett genom gruppavtalet bestämt försäkringsbelopp, försäkringsbeloppet för förtidskapital.

Förtidskapitalet kan även tecknas att ingå som ett moment i livförsäkringen (LFK) och i sjukförsäkringen (SFK).

6.4 Rätt till ersättning – förtidskapital på grund av sjukersättning eller långvarig arbetsförmåga

Förtidskapital på grund av sjukersättning

Förtidskapital kan utbetalas om den försäkrade drabbas av arbetsförmåga och på grund därav under försäkringstiden beviljas minst halv sjukersättning (enligt Socialförsäkrings-balken) som betalas ut från en tidpunkt före fyllda 65 år. Rätten till förtidskapital inträder vid den tidpunkt från vilken sjukersättningen betalas ut.

Förtidskapital på grund av långvarig arbetsförmåga

Förtidskapital kan utbetalas även om den försäkrade under försäkringstiden och före fyllda 65 år varit arbetsförmögen till minst hälften under 36 månader inom en sammanhängande tid av 42 månader. Arbetsförmågan ska bero på sjukdom eller olycksfall som är godkänd av Försäkrings-kassan.

Halvt förtidskapital utbetalas om den försäkrade varit arbetsförmögen till minst hälften under samtliga de 36 månaderna som ger rätt till utbetalning. Helt förtidskapital utbetalas om den försäkrade varit arbetsförmögen till minst tre fjärdedelar under samtliga de 36 månaderna som ger rätt till utbetalning. Har den försäkrade vid någon tidpunkt under denna tid varit arbetsförmögen till hälften men inte till minst tre fjärdedelar utbetalas halvt förtidskapital. Arbetsförmåga som understiger 50 procent berättigar inte till ersättning.

Gemensamma bestämmelser

För att ansvaret för förtidskapital ska inträda vid automatisk anslutning gäller att medlem /anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan han/hon inträdde i förbundet/ föreningen eller anställdes. Här bortses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom tremånadersperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

Om inte hälsokraven enligt ovan uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås. Annat kan ha avtalats och det framgår då av den information som försäkrade får vid inträdet i förbundet/ föreningen eller vid anställningen.

Förtidskapital är den andel av försäkringsbeloppet för förtidskapital som anges i kolumnerna 1-2 i tabell B.

Procentsatsen för förtidskapital bestäms av den försäkrades ålder vid den tidpunkt då rätten till förtidskapital inträder.

Beräkning sker enligt försäkringsbeloppet för förtidskapital som gäller då rätten till förtidskapital inträder. I övrigt gäller följande:

- Kolumn 1 tillämpas om den försäkrade har beviljats minst tre fjärdedels sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av minst tre fjärdedels arbetsförmåga.
- Kolumn 2 tillämpas om den försäkrade har beviljats halv sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av halv arbetsförmåga.

Vid utbetalning av ytterligare förtidskapital anges nedan hur tabellen ska läsas.

Utbetalning av förtidskapital påverkar inte dödsfallskapital om sådant ingår i avtalet och har tecknats.

Om den försäkrade får höjd nivå på sjukersättningen eller uppfyller kraven för höjd nivå av förtidskapital på grund av långvarig arbetsförmåga

Försäkrad som fått förtidskapital utbetalat enligt kolumn 2 i tabell B och som senare under försäkringstiden och före fyllda 65 år antingen beviljas hel eller tre fjärdedels sjukersättning

eller som senare under försäkringstiden är arbetsförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under 12 månader före fyllda 65 år kan få ytterligare förtidskapital.

Ytterligare förtidskapital beräknas på följande sätt:

- Försäkrad som har fått rätt till helt förtidskapital vid något tidigare tillfälle kan inte få det igen.
- Försäkrad som har fått halvt förtidskapital kan få ytterligare förtidskapital vid ett tillfälle, om hon/han senare under försäkringstiden och före fyllda 65 antingen är arbetsförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under minst 12 månader eller beviljas minst tre fjärdedels sjukersättning. Storleken på detta ytterligare förtidskapital beräknas i procent av det försäkringsbelopp för förtidskapital som gäller för den försäkrade när rätten till den nya utbetalningen uppkommer. Procentsatsen avläses i kolumn 2 vid den ålder som den försäkrade uppnått då.

Upprepad arbetsförmåga för försäkrad som tidigare haft rätt till eller fått utbetalat förtidskapital, sjukkapital eller inkomstkapital enligt villkor för gruppförsäkring 2011 eller tidigare.

Försäkrad som har fått halvt sjuk- eller inkomstkapital kan få ytterligare förtidskapital vid ett tillfälle, om hon/han senare under försäkringstiden och före fyllda 62 år antingen

- är arbetsförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under minst 12 månader

eller

- beviljas minst tre fjärdedels sjukersättning.

Storleken på detta ytterligare förtidskapital beräknas i procent av det försäkringsbelopp för förtidskapital som gäller för den försäkrade när rätten till den nya utbetalningen uppkommer. Procentsatsen avläses i kolumn 2 vid den ålder som den försäkrade uppnått då.

Försäkrad som fått rätt till eller fått trefjärdedels förtidskapital utbetalt enligt villkor för 2011 eller tidigare

Försäkrad som fått rätt till eller fått trefjärdedels förtidskapital utbetalt enligt 2011 års villkor eller tidigare har vid beslut om hel sjukersättning eller efter hel arbetsförmåga utan avbrott under 12 månader före 62 år rätt till utbetalning av ytterligare förtidskapital. För ytterligare förtidskapital avläses procentsatsen vid den ålder som berättigar till ytterligare kapital i tabell B kolumn 2. Det värde som då erhålles minskas med hälften.

Tabell B. Procentsatser för förtidskapital

Uppnådd ålder	Förtidskapital Kolumn 1	Förtidskapital Kolumn 2
- 35	100	50
36	96	48
37	92	46
38	88	44
39	84	42
40	80	40
41	76	38
42	82	36
43	68	34
44	64	32
45	60	30
46	56	28
47	52	26
48	48	24
49	44	22
50	40	20
51	37	18,5
52	34	17,0
53	31	15,5
54	28	14,0
55	25	12,5
56	22	11,0
57	19	9,5
58	16	8,0

59	13	6,5
60	10	5,0
61	10	5,0
62	7	3,5
63	5	2,5
64	5	2,5

Förtidskapitalet upphör

Försäringen/momentet upphör när helt förtidskapital betalats ut, dock senast vid utgången av den månad då den försäkrade uppnår 65 år ålder. Dock gäller att om gruppmedlem uppnår gruppavtalets slutålder innan medförsäkrad fyllt 65 år måste medförsäkrad söka fortsättningsförsäkring för förtidskapitalet. Försäringen upphör dessförinnan att gälla då den försäkrade går ur försäkringen eller inte längre tillhör eller kan tillhöra den i gruppavtalet bestämda grupp av personer som kan försäkras.

I gruppavtal som upphör vid utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år kan förtidskapital utbetalas även om den försäkrade uppfyller kraven för utbetalning före 65 års dagen.

Övergångsbestämmelse

Från och med den 1 januari 2012 gäller följande för förtidskapital och dödsfallskapital.

Har den försäkrade vid utgången av 2011 fått eller haft rätt till del av förtidskapital, del av sjukkapital eller del av inkomstkapital tillämpas i fortsättningen nu gällande villkor för grupp-försäkring för beräkning och utbetalning av ytterligare förtidskapital och dödsfallskapital. Försäkrad som har fått eller haft rätt till helt förtidskapital, helt inkomstkapital eller helt sjukkapital kan inte få förtidskapital. För försäkrade som omfattats av försäkringsavtal som flyttats över från annat försäkringsbolag gäller särskilda övergångsregler som sänts över till de försäkrade i samband med överflyttningen.

Arbetsförmåga till minst hälften från och med den 1 januari 2009 kan medräknas för kvalifikation till förtidskapitalet som införs den 1 januari 2012. Sjukersättning som beviljas från och med den 1 januari 2012 kan berättiga till förtidskapital enligt nu gällande villkor för förtidskapital.

Övergångsbestämmelse för gruppavtal där förtidskapitalets slutålder höjs från 62 till 65 år

Försäkrad som uppfyller kraven för rätt till förtidskapital eller som uppfyller kraven för rätt till ytterligare förtidskapital efter det att förtidskapitalets slutålder höjts har rätt till förtidskapital alternativt ytterligare förtidskapital enligt försäkringsvillkorets bestämmelser.

Försäkrad som fått, eller haft rätt till, helt förtidskapital kan inte få ytterligare förtidskapital.

7 Produktvillkor Familjeskydd (FS, FS2)

7.1 Omfattning

Familjeskyddet är ett tidsbegränsat försäkringsskydd, som lämnar ersättning månadsvis i efterskott till förmånstagare om den försäkrade avlider under försäkringstiden.

Av gruppavtalet och försäkringsbeskedet framgår avtalat försäkringsbelopp och ersättningstidens längd.

7.2 Rätt till ersättning

Avlider den försäkrade under försäkringstiden, betalas familjeskydd ut under avtalad ersättningstid till förmånstagaren från och med månaden efter dödsfallet. Familjeskyddet gäller dock längst till och med utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år (se under När försäkringen upphör att gälla i kapitlet Gemensamma bestämmelser). Annan slutålder kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Avlider förmånstagare under tiden familjeskyddet betalas ut, tillfaller familjeskyddet som avser månaden för dödsfallet förmånstagarens dödsbo. Därefter inträder den eller de som enligt förmånstagarförordnandet står närmast i tur.

7.3 Förmånstagarförordnade

Nedanstående förmånstagarförordnande gäller om inte den försäkrade skriftligen anmäler annat förmånstagarförordnande till Förenade Liv.

För gruppmedlems försäkring

- a) make/maka eller sambo
- b) gruppmedlemmens arvingar.

För medförsäkrads försäkring

- a) gruppmedlemmen, om denne är den medförsäkrades make/maka eller sambo
- b) den medförsäkrades arvingar.

Med *make/maka* avses den med vilken den försäkrade vid sin död var gift. Förordnande till förmån för make/maka upphör att gälla när ansökan om äktenskapsskillnad inkommit till domstol.

Vid förordnande till *arvingar* fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

Blanketten Ändrat förmånstagarförordnande för familjeskydd kan beställas från Förenade Liv. Blanketten finns också på forenadeliv.se/formanstagare. Ändrat förmånstagarförordnande förfaller vid byte av grupptillhörighet eller vid övergång till fortsättningsförsäkring.

Förmånstagarförordnandet kan inte ändras genom ett testamente.

Om förmånstagare avlidit, eller helt eller delvis avstår från sin rätt, inträder den eller de som enligt förordnandet därefter är berättigade till ersättning i den avlidnes eller avståendes ställe.

Har ett avstående gjorts och det senare kommer att saknas förmånstagare, inträder åter den som avstått som förmånstagare.

8 Produktvillkor Sjukförsäkring (S), (S3)

8.1 Omfattning (S, S3)

Sjukförsäkring omfattar fortlöpande ersättning vid arbetsoförmåga efter en viss karenstid. Försäkringens karenstid framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

8.2 Rätt till ersättning för försäkring med tidsbestämd ersättningstid (S)

Grundprincipen för sjukförsäkring är att inkomstförlust ska ha uppkommit och att denna inkomstförlust har sin grund i arbetsoförmåga som beror på sjukdom eller olycksfall och som är godkänd av Försäkringskassan.

Om den försäkrade drabbas av arbetsoförmåga under försäkringstiden, ger försäkringen rätt till ersättning för den tid sjukperioden varar utöver den avtalade karenstiden, dock längst så lång tid som anges i gruppavtalet. En förutsättning för fortsatt utbetalning av ersättning är att den försäkrade fortsätter att betala premie för sjukförsäkringen, såvida inte den försäkrade har rätt att vara premiebefriad (se under rubriken Premiebefrielse i kapitel 2).

Ersättningen utbetalas månadsvis i efterskott. Nedsatt arbetsförmågan, utbetalas så stor del av ersättningsbeloppet som motsvarar nedsättningen av arbetsförmågan. Vid förlust av hela arbetsförmågan utbetalas helt ersättningsbelopp fortlöpande. För rätt till ersättning krävs en viss grad av nedsättning. Storleken av den nedsättning som krävs regleras i gruppavtalet.

Om gruppavtalet anger att ersättning betalas ut till dess den försäkrade beviljas aktivitetsersättning, sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning, gäller följande: Uppbär den försäkrade aktivitetsersättning, sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning till viss del, kan den försäkrade fortfarande få ersättning som avser den del av arbetsförmågan som inte har gett rätt till aktivitetsersättning, sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning.

Från gruppavtal som innehåller rätt till ersättning under sjukpenningtid upphör ersättningen vid beslut om hel aktivitetsersättning, hel sjukersättning eller hel tidsbegränsad sjukersättning.

Försäkrad som helt eller delvis får sin aktivitetsersättning, sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning vilandeförklarad, ska genast anmäla det till Förenade Liv.

Särskilda regler för försäkringar med tidsbestämd karens

a) Hur det avgörs om karenstiden är uppnådd

När det ska avgöras om karenstiden är uppnådd, sammanräknas alla sjukperioder på minst 15 dagar som har börjat eller slutat under de senaste 12 månaderna av försäkringstiden. Ersättning kan dock inte betalas ut vid sjukperioder som är kortare än 15 dagar. Detta gäller även om karenstiden är uppnådd.

b) Begränsning av ersättningstiden på grund av samma sjukdom

Har den försäkrade under de senaste två åren innan försäkringen började gälla, varit arbetsoförmögen mer än 30 dagar i följd och insjuknat på nytt i samma sjukdom inom 2 år från den dag försäkringen började gälla, gäller försäkringen med begränsad ersättningstid.

Ersättning lämnas då längst under så lång tid som förflutit från den senaste arbetsoförmågans slut före anslutningen till den tidpunkt den försäkrade på nytt blev arbetsoförmögen på grund av samma sjukdom, dock aldrig längre än ersättningstiden enligt gruppavtalet. Det ska således fastställas hur många dagar friskperioden varat mellan de två perioderna av nedsatt arbetsförmåga. Om den försäkrade haft fler än en period av nedsatt arbetsförmåga som gör denna begränsning aktuell, räknas tiden från det att den sista av dessa perioder upphörde.

Avbryts sjukperioden gäller dock följande:

Vid nästa period av arbetsoförmåga som sjukdomen orsakar kan den försäkrade få ersättning i högst det antal dagar som avbrottet har varat. Kom avbrottet efter kortare tid än den längsta möjliga ersättningstiden, kan den försäkrade också utnyttja resterande ersättningsdagar under den nya sjukperioden.

För varje ny period av arbetsoförmåga som sjukdomen orsakar kan den försäkrade få ersättning i högst det antal dagar som det senaste avbrottet har varat, plus det antal outnyttjade ersättningsdagar som den försäkrade har sedan tidigare. Om ett avbrott varar längre tid än två år och försäkringen inte ändras under den tiden, gäller inte de ovanstående begränsningarna vid senare arbetsoförmåga som sjukdomen orsakar.

Med sjukdom jämställs olycksfallsskada som har lett till arbetsoförmåga.

Har försäkringen tidigare haft rörlig karens (se nedan) gäller följande:

Om utbetalningen av ersättning har upphört på grund av de ovanstående reglerna och den försäkrade skulle ha haft rätt till ersättning enligt det gruppavtal som gällde före ändringen av karensen, betalas ersättning ut med det belopp som det tidigare gruppavtalet skulle ha gett rätt till.

c) Återinsjuknande

Samma sjukfall

Om den försäkrade åter blir arbetsoförmögen i minst 15 dagar inom 12 månader från den senaste avslutade sjukperioden, behöver inte någon ny karens intjänas, utan sjukdomen betraktas som en fortsättning på samma sjukfall.

Nytt sjukfall

Om en sjukperiod avbryts och detta avbrott varar mer än 12 månader innan ny sjukperiod inträffar är den nya

sjukperioden att betrakta som ett nytt sjukfall. Ny karenstid ska då intjänas. Från den nya ersättningsperioden avräknas inte tidigare ersättningstid.

Dessutom gäller följande för försäkring som enligt försäkringsavtalet har tidsbegränsad ersättningstid:

Försäkrad som fått ersättning under så lång tid som medges i avtalet har rätt att påbörja ny ersättningsperiod.

Denna rätt gäller dock först om den försäkrade åter varit fullt arbetsför under 12 månader. Här bortses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom de 12 månaderna och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

8.3 Rätt till ersättning för försäkring utan tidsbestämd ersättningstid (S3)

Grundprincipen för sjukförsäkring är att inkomstförlust ska ha uppkommit och att denna inkomstförlust har sin grund i arbetsförmåga som beror på sjukdom eller olycksfall och som är godkänd av Försäkringskassan. Försäkringskassans beslut gällande sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning är en viktig men inte helt avgörande omständighet för Förenade Livs bedömning i ersättningsfrågan.

Om den försäkrade, på grund av sjukdom eller olycksfallsskada, drabbas av minst 25 procent arbetsförmåga under försäkringstiden, ger försäkringen rätt till ersättning för den tid arbetsförmågan varar utöver den avtalade karenstiden. Annan nivå kan ha avtalats och framgår då av gruppavtal och försäkringsbesked. En förutsättning för rätt till ersättning är att den försäkrade erlägger premie fram till dess att eventuell rätt till premiebefrielse inträder.

Om den försäkrade drabbas av arbetsförmåga under försäkringstiden, ger försäkringen rätt till ersättning för den tid sjukperioden varar utöver den avtalade karenstiden, dock längst till den avtalade slutåldern för produkten. Annat kan ha avtalats och det framgår då av försäkringsbeskedet.

Ersättningen betalas månadsvis i efterskott. En månad jämställs med 30 dagar vid beräkning av ersättning. Nedsätts arbetsförmågan utbetalas så stor del av försäkringsbeloppet som motsvarar nedsättningen av arbetsförmågan. Vid förlust av hela arbetsförmågan utbetalas helt ersättningsbeloppet fortlöpande.

Karenstid

Hur det avgörs om karenstiden är uppnådd

När det ska avgöras om karenstiden är uppnådd, sammanräknas alla sjukperioder på minst 15 dagar som har börjat eller slutat under de senaste 12 månaderna av försäkringstiden.

Ersättning kan dock inte betalas ut vid sjukperioder som är kortare än 15 dagar. Detta gäller även om karenstiden är uppnådd.

Karenstiden vid återinsjuknande

Samma sjukfall

Om den försäkrade åter blir arbetsförmögen i minst 15 dagar inom 12 månader från den senaste avslutade ersättningsperioden, behöver inte någon ny karenstid intjänas, utan sjukperioden betraktas som en fortsättning på samma sjukfall.

Nytt sjukfall

Om en sjukperiod avbryts och detta avbrott varar mer än 12 månader innan ny sjukperiod inträffar är den nya sjukperioden att betrakta som ett nytt sjukfall. Ny karenstid ska då intjänas.

Inte i något fall utbetalas ersättning för period av arbetsförmåga som understiger 15 dagar i följd.

Undantag och begränsningar

Begränsningar för vissa diagnoser som visar sig under försäkringens första 24 månader

Försäkringen omfattar *inte* arbetsförmåga orsakad av:

- Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, ICD-kod F00-F99
- Sjukdomar i muskler, skelett, leder, senor, brosk (muskuloskeletala systemet) och bindväven, ICD-kod M00-M99
- Kroniskt trötthetssyndrom, ICD kod G93.3

Beträffande ICD-koder, se Ordlista.

Begränsning avseende ovanstående diagnoser är *inte* tillämplig om:

- försäkringen har varit gällande utan avbrott under minst 24 månader innan sjukdomen visade sig. En sjukdom anses visat sig den dag första sjukvårdskontakt togs med anledning av sjukdomen eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.
- om den försäkrade insjuknat i någon av ovanstående diagnoser under de första 24 månaderna, därefter tillfrisknat och varit symtom- och behandlingsfri i mer än 24 månader från det senaste sjukdomstillfället.

Dessa begränsningar gäller även om den försäkrade beviljats försäkring efter ansökan med hälsodeklaration.

Ytterligare inskränkningar i försäkringens giltighet för sjukförsäkring som tecknats utan att den försäkrade lämnat hälsodeklaration

Under de första 24 månaderna efter försäkringens ikraftträdande gäller följande:

Försäkringsersättning lämnas inte för sjukdom, besvär eller skada som visat symtom före försäkringens ikraftträdande. Detta gäller även om diagnosen eller orsaken kan fastställas först efter försäkringen trätt ikraft.

Regler för automatanslutning

Medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan hon /han anställdes alternativt blev medlem. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom 90 dagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

Rätt till indextillägg

Rätt till indexering gäller inte för avtal med angiven ersättningstid och inte heller för avtal med dagräkning. Efter det att ersättning från sjukförsäkringen betalats ut i 42 månader, höjs ersättningen för den fortsatta sjukperioden genom indextillägg om prisbasbeloppet stigit. Indextillägget motsvarar den procentuella ökningen av prisbasbeloppet sedan ersättningsbeloppet senast fastställdes. Ökning av prisbasbeloppet utöver 10 procent beaktas dock inte. Om en ny sjukperiod börjar inom 12 månader efter utgången av en sjukperiod under vilken rätt till indextillägg förelegat, beräknas indextillägget under den nya sjukperioden som om arbetsoförmågan varit i oavbruten följd.

8.4 Gemensamma bestämmelser (S), (S3)

Överförsäkring

Skulle ersättningen från denna försäkring leda till att den försäkrade vid arbetsoförmåga får en inkomst efter skatt som är högre än 90 procent av lönen vid full arbetsförmåga efter skatt, utbetalas ersättning endast så att 90 procentnivån uppnås. Är den nivån redan uppnådd genom andra försäkringar betalas följaktligen ingen ersättning ut från denna försäkring. Högst de senaste 12 månadernas premier för det belopp som inneburit överförsäkring betalas tillbaka.

Särskild regel för försäkring med rörlig karens

Vid försäkring med rörlig karens utbetalas högst så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot graden av tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt Socialförsäkringsbalken eller graden av sjukpension från offentlig tjänst.

Tilläggsvillkor för Gruppsjukförsäkring 90 %

Sjukförsäkring omfattar fortlöpande ersättning vid arbetsoförmåga efter en viss karenstid. Försäkringens karenstid framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. Ersättningen fastställs med hjälp av en tabell som för olika lönenivåer visar skillnaden mellan 90 procent av lönen och den ersättning som ges från lag- och avtalsbunden försäkring, räknat efter skatt (kommunalskatten antas vara den genomsnittliga i Sverige). Ersättningen grundas på den lön som den försäkrade har vid insjuk-

andet. Semesterersättning räknas inte in i lönen. Ändring av ersättningen från lag- och avtalsbunden försäkring kan medföra ändring av sjukförsäkringens ersättningsbelopp och premie.

8.5 Medicinsk invaliditet vid sjukdom

Medicinsk invaliditet vid sjukdom (S1.m1)

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara en direkt följd av någon av de sjukdomar som omfattas av försäkringen. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Rätt till ersättning

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillståndet inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast ett år efter att sjukdomen visat sig. Därefter ska den definitiva medicinska invaliditetsgraden fastställas snarast möjligt.

Medicinsk invaliditet vid sjukdom anses inträda tidigast när sjukdomstillståndet övergått i ett stationärt tillstånd.

Fastställelsen kan dock uppskjutas så länge detta enligt medicinsk erfarenhet eller med hänsyn till föreliggande rehabiliteringsmöjligheter är nödvändigt.

Ersättning utbetalas när rätten uppkommit och den medicinska invaliditetsgraden fastställts. Ersättning utgörs mot den medicinska invaliditetsgraden svarande del av försäkringsbeloppet som gäller vid tidpunkten för försäkringsfallet. Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinsk invaliditetsgrad.

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet framgår av försäkringsbeskedet.

Försämring avseende medicinsk invaliditet som inträffar tio år eller senare efter försäkringsfallet kan aldrig ge rätt till ytterligare medicinsk invaliditetsersättning.

Om försäkringsbeloppet avtrappas framgår det av försäkringsbeskedet samt av gruppavtalet.

Den totala invaliditetsgraden kan uppgå till högst 100 procent.

Ersättning utbetalas inte för sjukdomsdiagnos som fastställs efter det att den försäkrade uppnått försäkringsmomentets slutålder.

Förskott

Innan den medicinska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet.

Omprövning vid medicinsk invaliditet vid sjukdom

Om sjukdomen medför att den försäkrades kroppsfunktion väsentligt försämras efter att försäkringsbolaget tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning med anledning av sjukdomen, har den försäkrade rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

Omprövning medges om den försäkrade senast inom 10 år från det sjukdomen diagnostiserades, till försäkringsbolaget skriftligen anmäler sitt önskemål om omprövning och samtidigt lämnar uppgift om de omständigheter som enligt ovan kan medföra rätt till omprövning.

Sjukdomar som ersätts

Ersättning lämnas vid medicinsk invaliditet på grund av sjukdom för följande sjukdomar:

- Amputation eller total obrukbarhet av armar och ben,
- Blindhet eller förlust av syn som inte går att kompensera med synhjälpmedel,
- Ensidig total dövhet och total dövhet,
- Totalförlust av lukt eller smak,
- Hjärtsjukdomar som ger bestående funktionsnedsättning,
- Stroke, hjärnblödning, hjärninfarkt och brustet pulsåderbräck(aneurysm) i hjärnan om dessa diagnoser ger bestående neurologisk skada,
- Förlust av njure och njursjukdom som kräver dialys eller njurtransplantation,
- Skador på ryggmärgen medförande förlamningar,
- Diabetes mellitus typ 1
- Förlust av lunga
- Multipel Skleros (MS)

Begränsningar

Vid *sjukdom* gäller nedanstående begränsningar för rätten till ersättning avseende ersättningsmoment Medicinsk invaliditet.

- Ersättning utbetalas inte vid sjukdomar eller diagnoser som anges i detta villkor om du före försäkringens tecknande haft samma sjukdom eller diagnos. Detta gäller även senare komplikationer av en sjukdom, t.ex. diabetesretinopati (blindhet) hos diabetiker eller spridning av en sjukdom, såsom metastasering.
- Ersättning utbetalas inte för symtom eller besvär som kan hänföras till grunden för ersättningskravet om symtomen debuterat eller besvär förekommit före försäkringens ikraftträdande, även om sjukdom, diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringen trätt i kraft.
- Ersättning utbetalas inte för sjukdomsdiagnos som fastställs efter att den försäkrade har uppnått försäkringens slutålder.

9 Produktvillkor Diagnosförsäkring

Diagnosförsäkring kan tecknas som egen produkt eller tecknas att ingå i en annan produkt. Vad som gäller framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

9.1 Omfattning diagnosförsäkring – vuxen (R1.r)

Följande delar kan ingå i diagnosförsäkring – av gruppavtalet och försäkringsbeskedet framgår vilka som gör det.

Utbetalning av diagnosförsäkring till den försäkrade	R1.r
Begravningshjälp	R1.b
Krisförsäkring	R1.k
Diagnosförsäkring Senior	R2.s

Diagnosförsäkring kan utbetalas om den försäkrade under försäkringstiden diagnostiseras med någon av de diagnoser som finns angivna i detta kapitel och under försäkringstiden uppfyller nedan angivna förutsättningar.

Diagnosförsäkringen gäller längst till och med utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år. Medförsäkrad kan ha kvar försäkringen längst till och med utgången av den månad den medförsäkrade fyller 80 år, dock längst till gruppmedlem uppnår slutålder. Slutålder framgår av gruppavtal och försäkringsbesked. Efter den medförsäkrade fyllt 65 år lämnas ersättning enbart enligt diagnoserna 1. Cancer (C00 - C97, D05) 2. Hjärtinfarkt (I21) och 3. Stroke (I60 - I64). Ersättningen utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutåldern uppnåtts. (Se även under När försäkringen upphör att gälla i kapitlet Gemensamma bestämmelser). Annan slutålder kan ha avtalats och framgår då av försäkringsbeskedet. Anslutningsreglerna framgår under Gemensamma bestämmelser, kapitel 2.

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppkommer efter 30 dagar från det datum diagnos enligt punkterna 1 – 6, 8 eller 10 – 20 fastställts. För punkterna 7 och 9 gäller 30 dagar från det att kvarstående men enligt Förenade Livs definition fastställts. En förutsättning för utbetalning av försäkringsbeloppet är även att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Försäkringsbeloppet utbetalas endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna – även om den försäkrade diagnostiserats med flera diagnoser vid samma tillfälle. När rätt till försäkringsbelopp för diagnosförsäkring inträtt, krävs en sammanhängande period av 90 dagars full arbetsförmåga för att kvalificera sig till ytterligare försäkringsbelopp. Diagnosförsäkring kan utbetalas maximalt vid tre tillfällen och då endast för olika diagnoser.

Begränsningar vid återinsjuknande samt symtom eller besvär före försäkringens tecknande

Nedanstående begränsningar gäller vid obligatorisk och automatisk anslutning samt då försäkrad anslutits med intygande om full arbetsförmåga.

- *Begränsning vid återinsjuknande i samma diagnos*
Ersättning utbetalas inte vid diagnos som anges i detta villkor om den försäkrade före försäkringens tecknande haft samma diagnos. Detta gäller även senkomplikationer av en sjukdom, såsom diabetesretinopati (blindhet) hos diabetiker eller spridning av en sjukdom, såsom metastasering.
- *Begränsning vid symtom före försäkringens ikraftträdande*

Under de första 12 månaderna efter försäkringens ikraftträdande gäller följande begränsning:

Ersättning utbetalas inte då symtom eller besvär som kan hänföras till grunden för ersättningskravet debuterat eller förekommit före försäkringens ikraftträdande, även om diagnoser eller orsaker först kan fastställas sedan försäkringen trätt i kraft.

Försäkringen omfattar följande diagnoser:

De angivna diagnoskoderna refererar till den svenska versionen av den internationella statistiska klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem, ICD-10.

1 Cancer C00 – C97, D05

En malign (elakartad) tumör karakteriserad som okontrollerad celltillväxt samt infiltration av omkringliggande vävnad. Även leukemi omfattas. Patienten ska vara registrerad i det svenska cancerregistret.

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringskyddet:

- förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ), dock gäller diagnosförsäkringen för cancer in situ i bröst.
- all hudcancer om den inte klassats som malignt (elakartad) melanom med en tjocklek på mer än 0,5 mm.

2 Hjärtinfarkt I21

Inadekvat blodtillförsel till hjärtats kranskärl som medför lokal vävnadsdöd. Ett elektrokardiogram (EKG) och etablerade samt vedertagna laboratorieprover ska visa tydliga förändringar av pågående eller nyligen genomgången hjärtinfarkt. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

3 Stroke I60 – I64

Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar trombos, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

Transitorisk Ischemisk Attack (TIA) och Reversibel Ischemisk Neurologisk Deficit (RIND) omfattas inte av försäkringen.

4 Motorneuronsjukdom G12.2

Progredierande (fortskridande) förlamning som följd av sjukdom i motoriska neuron – exempelvis amyotrofisk lateralskleros (ALS). Entydig diagnos ställd av specialistläkare i neurologi krävs.

5 Multipel skleros (MS) G35

Entydig diagnos av specialistläkare i neurologi bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

6 Parkinsons sjukdom G20

Parkinsons sjukdom enligt en entydig diagnos ställd av specialistläkare i neurologi. Endast idiopatisk (orsaken till sjukdomen är okänd) Parkinsons sjukdom omfattas. Diagnosen ska vara fastställd med för tiden gällande diagnostiska kriterier. Det måste finnas en permanent påverkan av den motoriska funktionen, typisk för Parkinsons sjukdom. Övriga former av Parkinsons sjukdom omfattas inte av försäkringen.

7 Kvarstående men av hjärnhinneinflammation (meningit)

Påverkan på hjärnan, hjärnhinnor eller nerver efter infektion orsakad av bakterier, virus eller andra mikroorganismer. Diagnosen ska vara ställd genom påvisande av mikroorganismer i blod eller spinalvätska. Spinalvätskan ska innehålla tydliga tecken på inflammatorisk reaktion. Men som kvarstår efter sex månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men.

8 Neuroborrelios

Neuroborrelios till följd av fästingbett. Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat borreliaspecifika antikroppar i ryggmärgsvätska och i blodet.

9 Kvarstående men av TBE – A84

Kvarstående men som objektivt kan påvisas efter TBE (fästingburen hjärninflammation). Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat TBE-specifika antikroppar i ryggmärgsvätska och i blodet. Men som kvarstår efter 6 månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men.

10 Operation av hjärtats kranskärl

Minst ett av hjärtats kranskärl ska på grund av förträngning eller obstruktion (hinder) bytas mot en ny artär eller ven för hjärtmuskeln blodförsörjning (by-pass grafting).

11 Operation av förträngning eller aneurysm i aorta
Kirurgiskt ersättande av aorta eller ett segment (del) av aorta.

12 Operation av hjärtklaff

Operation av en eller flera hjärtklaffar genom öppen hjärtkirurgi.

13 Upphörande av njurfunktion

Dag då dialys inleds. Slutstadiet av båda njurarnas funktion som bedöms som kronisk och där insättandet av peritoneal- eller hemodialys insätts eller där njurtransplantation är medicinskt nödvändig.

14 Organtransplantation

Dag för transplantation av hjärta, lever, lungor, bukspottkörtel, njure eller benmärg. Organdonator omfattas inte av försäkringen.

15 HIV/AIDS B20 – B23

Smittan ska ha uppkommit vid blodtransfusion, vid behandling på sjukvårdsinrättning eller vid en händelse som inträffat under normal yrkesutövning.

Följande villkor ska vara uppfyllda:

- A. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.
- B. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande eller enligt normala rutiner för den försäkrades yrkesområde
- C. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts eller arbetsplats där yrkesutövningen skett påtar sig ansvaret.
- D. Incidenten som orsakade smittan har skett i Sverige.
Alla andra sätt att ådra sig HIV/AIDS omfattas inte av försäkringen.

16 Dövhet

Datum då fullständig, bestående, bilateral (dubbelsidig) sensorineural hörselnedsättning som leder till total hörsel förlust på båda öronen fastställts.

17 Förlust av hand, arm, fot eller ben

Datum för förlust av hand, arm, fot eller ben.

18 Blindhet H54.0

Datum då fullständig och bestående förlust av synen på båda ögonen fastställts.

19 Förlorad talförmåga

Total och bestående förlust av talförmågan till följd av en fysisk skada på stämbanden som bekräftats av en specialist.

20 Förlamning

Fullständig och bestående förlust av bruket av en arm eller båda armarna, eller ett ben eller båda benen på grund av förlamning.

9.2 Begravningshjälp (R1.b)

Av gruppavtal och försäkringsbesked framgår om begravningshjälp ingår eller inte.

Om den försäkrade avlidit under de 30 dagarna efter det att diagnos fastställts, utbetalas inte diagnosförsäkringen. I stället utbetalas begravningshjälp om 0,5 prisbasbelopp till den försäkrades dödsbo – om den försäkrade avlider på grund av diagnos som försäkringen omfattar.

9.3 Krisförsäkring (R1.k)

Av gruppavtalet framgår om krisförsäkring ingår eller inte. Har den försäkrade under försäkringstiden fått ersättningsberättigad diagnos och hon/han till följd härav behöver krishjälp, ersätter försäkringen skälig kostnad för behandling avseende korttidsterapi. Terapin är begränsad till sammanlagt högst tio behandlingstillfällen hos psykolog/ psykoterapeut och kan fritt disponeras av den försäkrade och/eller dennes make/maka/sambo och/eller barn.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv.

9.4 Premiebefrielse

Även om gruppavtalet i övrigt omfattar premiebefrielse, gäller den inte för diagnosförsäkring som har tecknats separat enligt gruppavtalet. Diagnosförsäkring som tecknats tillsammans med en annan försäkring i en produkt följer den produktens regler för premiebefrielse.

9.5 Diagnosförsäkring – Senior

Av gruppavtalet framgår om Diagnosförsäkring Senior ingår eller inte. Om gruppmedlemmen omfattas av ett livsvarigt gruppavtal och gruppmedlemmen när försäkringen övergår i Seniorförsäkring kommer att omfattas av Diagnosförsäkring Senior gäller för diagnosförsäkringen *Villkor för Seniorförsäkring.*

10 Produktvillkor Olycksfallsförsäkring

10.1 Giltighet

En olycksfallsskada är en kroppsskada som den försäkrade drabbas av genom en oförutsedd plötslig yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall). Psykiska skador/ besvär betraktas inte som kroppsskada.

Med olycksfallsskada jämställs kroppsskada som uppkommit genom förfrysning, värmeslag eller solsting. Den dag sådan skada visade sig anses då vara tidpunkten för olycksfallsskadan. Vridvåld mot knä samt avsliten hälsena betraktas också som olycksfallsskada även om kriterierna som kännetecknar ett olycksfall (se ovan) inte är uppfyllda. Infektion på grund av insektsstick eller liknande kan ersättas som olycksfallsskada. Samband mellan kroppsskada och någon av de ovan angivna skadevällande orsakerna ska anses föreligga om det är klart mera sannolikt än att samband inte föreligger. Som olycksfallsskada räknas inte kroppsskada som uppkommit genom

- överansträngning eller ensidig rörelse (förslitningsskada)
- smitta genom bakterier eller virus eller annat smittämne, ej heller smitta eller förgiftning genom intagande av mat eller dryck eller överkänslighetsreaktion
- användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte föranletts av olycksfallsskada som omfattas av denna försäkring
- kärnexplosion eller radioaktiv strålning (atomkärnreaktion) som har samband med militär verksamhet i vilken den försäkrade deltar
- frivilligt orsakad kroppsskada.

Om den försäkrade före 25 års ålder begår självmord eller får en kroppsskada vid ett självmordsförsök, räknas detta dock som ett olycksfall enligt denna försäkring.

Försäkringen lämnar ersättning endast för direkta följder av olycksfallsskada som kräver läkarvård och som inträffar under försäkringstiden. Om den försäkrades hälsotillstånd försämras efter olycksfallet beroende på ett kroppsfel som antingen redan fanns vid olycksfallet eller som tillstött senare utan samband med olycksfallsskadan, lämnas inte någon ersättning för den försämring som kroppsfelet medför. Med kroppsfel avses sjukdom, sjuklig förändring, lyte och men.

För förlorad arbetsinkomst lämnas ingen ersättning om inte Gruppolycksfall Arbetstid (GOA) tecknats. Försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

10.2 Omfattning

Olycksfallsförsäkring – fritid (OF)

Denna försäkring gäller vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller under fritiden. Med fritid avses tid som inte omfattas av lag om arbetsskadeförsäkring, motsvarande författning eller av Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA).

Gruppolycksfall arbetstid (GOA)

Denna försäkring gäller vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller under arbetstid. Arbetstid är sådan tid i verksamhet hos arbetsgivare, eller som egen företagare, som omfattas av arbetsskada enligt Socialförsäkringsbalken (2010:110). Olycksfall vid färd till eller från arbetsstället räknas som olycksfall i arbetet, om färden föranleddes av, och stod i nära samband med, arbetet (s.k. färdolycksfall). Färdolycksfall som omfattas av trafikförsäkringen eller ansvarsförsäkringen berättigar dock inte till ersättning enligt dessa villkor.

Olycksfallsförsäkring – heltid (OH)

Denna försäkring gäller vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller under såväl arbetstid som fritid (heltid). Har skadan inträffat i eller på väg till/från arbete ska anmälan dock alltid göras till Försäkringskassan och om Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA) finns, även till AFA Trygghetsförsäkring.

Följande delar kan ingå i försäkringen – av gruppavtalet och försäkringsbeskedet framgår vilka som gör det.

Ersättning för kostnader	O1
Läkekostnader	O1.a1
Akutersättning	O1.b2
Tandskadekostnader	O1.c2
Resekostnader	O1.d1
Merkostnader	O1.m1
Sjukhusvistelse	O1.s1
Sjukhusvistelse	O1.s2
Krisförsäkring	O1.k
Rehabiliteringskostnader och handikapphjälpmedel	O1.r1
Rehabilitering vid sjukdom	O1.r2
Handikapphjälpmedel	O1.r3
Ersättning för sveda och värk	O2.a1
Kroppsskadeersättning	O2.a2
Olycksfallskapital	O2.b2
Omkostnadskapital	O2.b3

Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men	O2.c1
Ersättning vid dödsfall	O2.d1
Ersättning vid dödsfall	O2.d2
Ersättning vid invaliditet	O3.1
Medicinsk invaliditet	O3.a1
Medicinsk invaliditet	O3.a7
Ekonomisk invaliditet	O3.b1
Ersättning vid invaliditet	O3.2
Medicinsk invaliditet	O3.a2
Ekonomisk invaliditet	O3.b2
Handikappfordon	O2.h2
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet - Heltid	OT
Ersättning vid invaliditet	O3.4
Medicinsk invaliditet	O3.a4
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	O3.a5
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	O3.a6
Inkomstförlust	O4.1

10.3 Gemensamma regler

Ersättning för kostnader (O1)

Gemensamma regler

- Försäkringen gäller med de försäkringsvillkor och de försäkringsbelopp som gällde då olycksfallet inträffade och som anges i försäkringsbeskedet.
- Om inte ersättningsbeloppet är uttryckt som ett schablonbelopp, lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader till följd av olycksfallet. Ersättning lämnas inte om ersättning lämnas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal. Detta innebär till exempel att ersättning inte lämnas för kostnader som har samband med arbetsskada (om inte GOA tecknats)/arbetsjukdom, ansvars- eller trafikskada. Ersättning lämnas dock för eventuell självrisk vid arbetsskada.
- För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället. Ersättning lämnas inte sedan definitiv medicinsk invaliditetserättning fastställts.
- Kostnader ska kunna styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/ landsting.
- Ersättning för kostnader lämnas med högst det belopp som är angivet i gruppavtalet.
- Om den försäkrade inte har rätt till ersättning från Försäkringskassan i Sverige, lämnas ersättning från försäkringen endast för de kostnader som skulle ha ersatts om denna rätt hade funnits.

- Vid olycksfall utanför hemorten och utomlands ska ersättning i första hand lämnas från resemomentet i hemförsäkringen eller från separat reseförsäkring om sådan finns.
- Kostnader för hemtransport vid olycksfall utanför hemorten och utomlands ersätts inte.
- För vård eller behandling utomlands lämnas ersättning endast om olycksfallet inträffat utomlands och vården och behandlingen sker innan den försäkrades ursprungligt planerade vistelse utomlands upphört.
- Vid olycksfall som inträffat i Sverige ersätts inte kostnader för vård utomlands.
- Vid dödsfall innan slutreglering av skadan skett, utbetalas till dödsboet den ersättning som den försäkrade haft rätt till.
- Om olycksfallet inträffar utanför Sverige lämnas ersättning med upp till åtta procent av prisbasbeloppet för faktiska kostnader som uppkommit utanför Sverige.
- Kostnad för läkarintyg som inte begärts av Förenade Liv ersätts inte.

10.4 Rätt till ersättning

Läkekostnader (O1.a1)

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för läkarvård, sjukhusvård, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning.

Vid sjukhusvård ersätts den del av vårdkostnaderna som inte motsvarar inbesparade levnadsomkostnader (normal levnadsomkostnad är beräknad till 1,5 promille av prisbasbeloppet per dag det år vården ges). Ersättning lämnas under akut sjuktid och/eller under vistelse på rehabiliteringsklinik. Privat vård/operation och därmed sammanhängande vårdkostnader ersätts inte. Med behandling avses vård hos sjukgymnast eller liknande behandling hos annan vårdgivare. Ersättning lämnas motsvarande patientavgiften vid sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

Akutersättning (O1.b2)

a) Ersättning under de 12 första månaderna från skadetillfället

Ersättningen är avsedd att till viss del täcka kostnader för vård (exempelvis läkarvård, läkemedel, behandling, hjälpmedel samt resor till och från vård och behandling). Vid olycksfallsskada som under de första tolv månaderna efter skadetillfället kräver läkarvård, lämnas för en och samma olycksfallsskada schablonersättning med sammanlagt högst åtta procent av prisbasbeloppet enligt följande regler:

1. Engångsersättning lämnas med två procent av prisbasbeloppet om olycksfallsskadan medfört vård hos legitimerad läkare.
2. Utöver ersättning enligt punkt 1 ovan kan ersättning lämnas med ytterligare tre procent av prisbasbeloppet om olycksfallsskadan leder till sjukskrivning/arbetsförmåga i minst åtta dagar i en följd.
3. Utöver ersättningarna enligt punkterna 1 och 2 ovan kan ersättning också lämnas med ytterligare tre procent av prisbasbeloppet om olycksfallsskadan leder till sjukskrivning/arbetsförmåga i minst 30 dagar i en följd.

Ersättning lämnas endast en gång enligt var och en av punkterna 1–3 ovan.

4. Vid olycksfallsskada som enligt ovan inte berättigar till en sammanlagd ersättning motsvarande åtta procent av prisbasbeloppet kan, inom ramen för dessa åtta procent, ersättning lämnas för kostnader för behandling. Behandlingen ska ske efter remiss av legitimerad läkare. Med behandling avses vård hos sjukgymnast eller liknande behandling som ges av annan vårdgivare. Ersättning lämnas med motsvarande patientavgiften vid sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

b) Ersättning senare än tolv månader från skadetillfället

Vid olycksfallsskada som efter tolv månader från skadetillfället kräver fortsatt läkarvård, lämnas ersättning för kostnader för vård (läkarvård, läkemedel, behandling, hjälpmedel samt resor till och från vård och behandling). Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan.

Om vården enligt ovan inte finansieras av offentliga medel, lämnas ersättning motsvarande patientavgiften för offentligt finansierad vård. Kostnader för resor till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för sjukresor som anges i Socialförsäkringsbalken. Billigast möjliga färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Ersättning lämnas med sammanlagt högst åtta procent av prisbasbeloppet per år, räknat från skadetillfället, för kostnader enligt ovan som uppkommer inom fem år från skadetillfället.

c) Ersättning vid sjukhusvård och för övriga resor

Utöver ersättningarna under punkterna a) och b) som är begränsade till åtta procent av prisbasbeloppet per år, kan ersättning även lämnas för följande kostnader som uppkommer inom fem år från skadetillfället:

- Medför olycksfallsskadan behov av sjukhusvård under akut sjuktid och/eller vård på rehabiliteringsklinik lämnas ersättning från försäkringen för den del av kostnaden vid vård inom den offentliga akutsjukvården som inte motsvarar inbesparade levnadsomkostnader.

- Ersättning lämnas för kostnader för resor mellan bostaden och den fasta arbets- eller utbildningsplatsen, om legitimerad läkare föreskrivit särskilt transportmedel under akut sjuktid för att den försäkrade ska kunna utföra arbetet eller utbildningen. Kostnader för resor mellan fast bostad och ordinarie arbetsplats ska dock i första hand ersättas av arbetsgivaren/Försäkringskassan. Billigast möjliga färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

d) Ersättning vid olycksfall utanför Sverige

Vid olycksfall som inträffar utanför Sverige lämnas ersättning med upp till åtta procent av prisbasbeloppet per år för faktiska kostnader som uppkommit utanför Sverige. Om olycksfallsskadan medför fortsatt vård eller sjukskrivning i Sverige, lämnas schablonersättning med avdrag för tidigare ersättning. Kostnaderna som ska ha uppkommit inom fem år från skadetillfället ersätts då med högst åtta procent av prisbasbeloppet per år räknat från skadetillfället.

e) Försäkrad som fyllt 65 år vid skadetillfället

För försäkrad som fyllt 65 år lämnas ersättning vid olycksfallsskada som kräver läkarvård. Ersättning lämnas för kostnader för vård (läkarvård, läkemedel, behandling, hjälpmedel samt resor till och från behandling). Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan och ska kunna styrkas med originalkvitton. Om vården enligt ovan inte finansieras av offentliga medel, lämnas ersättning motsvarande patientavgiften för offentligt finansierad vård. Kostnader för resor till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för sjukresor som anges i Socialförsäkringsbalken. Billigast möjliga färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Ersättning lämnas sammanlagt med högst åtta procent av prisbasbeloppet per år, räknat från skadetillfället, för kostnader enligt ovan som uppkommer inom fem år.

Tandskadekostnader (O1.c2)

Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts

endast en slutbehandling/ permanentbehandling per skada. Tandskada som uppkommit vid tuggning eller bitning anses inte som olycksfallsskada.

Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, äger Förenade Liv rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek. Ersättning lämnas även för kostnader för nödvändiga resor för tandbehandling.

För samtliga kostnader gäller att de måste vara godkända av Förenade Liv innan behandlingen påbörjas. För

den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, lämnas ersättning endast för den akuta behandlingen.

Måste slutbehandling på grund av den försäkrades ålder uppskjutas till senare tidpunkt, gäller följande. Den uppskjutna behandlingen måste slutföras innan den försäkrade fyller 25 år eller inom fem år från skadedagen.

Vid i Sverige uppkommet behov av tandbehandling kan nödvändiga kostnader ersättas endast för sådan behandling som helt eller delvis omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringens bestämmelser eller som på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Resekostnader (O1.d1)

Ersättning lämnas för resekostnader i samband med vård och behandling som legitimerad läkare föreskrivit för olycksfallsskadans läkning.

Måste särskilt transportmedel anlitas för att den försäkrade ska kunna utföra ordinarie yrkesarbete eller skolutbildning/arbetsmarknadsutbildning, lämnas ersättning för merkostnader för resor mellan fast bostad och arbetsplatsen eller skolan. Merkostnader för resor mellan fast bostad och ordinarie arbetsplats ska i första hand ersättas av arbetsgivaren/ Försäkringskassan.

Ersättning lämnas för det billigaste färdssätt som hälso-tillståndet medger. Behovet måste styrkas av legitimerad läkare. För resa med privatbil som kostnadsfritt lånats, tjänstebil, förmånsbil etc. där kostnad ej uppkommit lämnas ingen ersättning.

Merkostnader (O1.m1)

Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av läkare, lämnas ersättning för nödvändiga och oundvikliga kostnader som olycksfallsskadan medfört under den akuta sjukdomstiden. Ersättning kan också lämnas för kläder samt andra normalt burna personliga tillhörigheter (glasögon, armbandsur, slät vigselring) som skadats vid olycksfallet. Ersättning för armbandsur lämnas med högst 10.000 kronor. Ersättning kan även lämnas för specialkläder och skyddsutrustning, t. ex. hjälm och andra skydd med högst 10.000 kronor under försäkringens giltighetstid. Åldersavdrag görs enligt en av Förenade Liv fastställd tabell.

Ersättning lämnas endast för specialkläder och skyddsutrustning om olycksfallet inträffar på fritiden. Ersättning lämnas högst med det belopp som är angivet i försäkringsbeskedet. Är försäkringsbeloppet angivet i prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gällde när olycksfallet inträffade.

Ersättning lämnas inte för sådana kostnader som anges under rubriken Akutersättning, punkterna a) – c) eller under Läkekostnader O1.a1 och Resekostnader O1.d1.

Sjukhusvistelse (O1.s1)

Om en olycksfallsskada som inträffat under försäkringstiden medför att den försäkrade blir inskriven vid sjukhus

för sjukhusvård mer än sju dagar i följd inom sex månader från olycksfallet, gäller följande för sjukhusvistelsen.

Ersättning lämnas från första vård dagen och längst under 30 dagar och utgår med 50 kronor per vård dag.

Sjukhusvistelse (O1.s2)

Om en olycksfallsskada eller en sjukdom som inträffat respektive visat sig under försäkringstiden medför att den försäkrade blir inskriven vid sjukhus för sjukhusvård inom Norden i sammanlagt minst sju dagar (enstaka dagar eller i en följd), lämnas ersättning från första dagen i samband med vistelsen på sjukhuset för en och samma olycksfallsskada eller sjukdom. Ersättning lämnas i form av en schablonersättning på med valt belopp för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar inräknade.

Ersättning lämnas från första vistelsedagen under totalt högst 30 dagar per försäkringsfall.

Krisförsäkring (O1.k)

Har den försäkrade på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av

- ersättningsbar olycksfallsskada
- nära anhörigs (make/maka, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som polisanmälts
- våldtäkt eller andra sexualbrott
- våld i familjen
- ofrivillig arbetslöshet som varat sex månader eller längre

och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för högst 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv.

Försäkringen gäller även för skada som försäkrad tillfogas av annan familjemedlem. Med familjemedlem avses försäkrades make/maka, sambo, barn, förälder samt syskon.

Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egen-skap av privatperson.

Försäkringen ersätter inte behandling senare än fem år efter händelsen.

Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd. För försäkrad som har fyllt 65 år lämnas ingen ersättning vid arbetslöshet.

Om försäkrad avlider och den försäkrades make/maka/sambo och eller barn behöver krishjälp ersätter försäkringen skälig kostnad för korttidsterapi. Terapin är begränsad till sammanlagt högst tio behandlingstillfällen hos psykolog/ psykoterapeut och kan fritt disponeras av den försäkrades make/maka/sambo och/eller barn.

Om den försäkrade har fyllt 65 år vid dödsfallet berättigar dödsfallet inte till någon behandling från krisförsäkringen för nära anhörig.

Rehabiliteringskostnader och handikaphjälpmedel (O1.r1)

Om olycksfallsskada som inträffat under försäkringstiden medfört behov av rehabilitering eller särskilda hjälpmedel, lämnas ersättning för skäligena kostnader för detta om det ingår i avtalet. Kostnaderna ska ha uppkommit under försäkringstiden och efter den akuta behandlingstiden och ska på förhand godkännas av Förenade Liv. Ersättning lämnas inte om behovet av rehabilitering uppstått genom olycksfall i arbetet om inte Gruppolycksfall arbetstid (GOA) tecknats.

Med rehabilitering menas i dessa villkor sådan vård, behandling, träning och omskolning som kan behövas för att den försäkrade ska återfå bästa möjliga funktionsförmåga och kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Behandling syftande till att upprätthålla funktionsförmåga som förvärvats efter olycksfallet (underhållsbehandling) är inte heller rehabilitering. Rehabiliteringen ska dessutom vara begränsad i tiden tills dess att ingen ytterligare väsentlig medicinsk förbättring kan påräknas.

Ersättning kan lämnas för kostnaderna för:

- vård och behandling som behandlande legitimerad läkare remitterat den försäkrade till (Förenade Liv ska ta del av remissen innan behandlingen påbörjas)
- arbetsprövning, arbetsträning och omskolning (med högst fyra procent av prisbasbeloppet). Vid omskolning lämnas inte ersättning för kostnader som uppstått på grund av kompetenshöjande utbildning.
- hjälpmedel till exempel i bostaden eller i bilen, som kan lindra ett invaliditetstillstånd eller öka rörelseförmågan. Kostnad för standardhöjning ersätts dock inte.

Ersättning för rehabilitering utomlands lämnas endast i det fall svensk sjukvårdshuvudman godkänt och till huvudsaklig del finansierar behandlingen.

För varje skadefall lämnas ersättning med sammanlagt högst det belopp som är angivet i gruppavtalet. Är beloppet angivet i antal prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gäller när rehabiliteringen påbörjas. Anges inget belopp i gruppavtalet, är högsta ersättningen 2 prisbasbelopp. (Avser det prisbasbelopp som gällde när rehabiliteringen påbörjades.)

Rehabilitering vid sjukdom (O1.r2)

Ersättning kan lämnas för rehabiliterande behandling vid sjukdom. Kostnad som har samband med arbetsskada/ arbetssjukdom ersätts dock inte. Ersättning lämnas inte för rehabiliterande behandling vid olycksfallsskada. För sådan behandling kan ersättning i stället lämnas från ersättningsmomentet Akutersättning. Med rehabilite-

rande behandling menas här åtgärder av medicinsk art, som görs för att bibehålla eller förbättra den försäkrades funktionsförmåga. Behandlingen ska kunna styrkas med originalkvitto och ska ske på offentligt finansierad rehabiliteringsklinik eller vara jämförbar med behandling som ges på sådan klinik; till exempel sjukgymnastik, bassängträning, arbetsterapi, logoped- eller psykologbehandling, behandling hos naprapat eller kiropraktor som är godkända av landstinget.

Schablonersättning

Ersättning lämnas i form av ett schablonbelopp för rehabiliterande behandling under försäkringstiden på grund av sjukdom. Schablonbeloppet motsvarar 2,5 procent av prisbasbeloppet och är avsett att till viss del täcka kostnader för rehabiliterande behandling.

Schablonbeloppet gäller för en period om 365 dagar räknat från det datum remissen/intyget utfärdades. Om ny remiss/intyg utfärdas någon gång efter avslutad 365-dagarsperiod, räknas detta som nytt försäkringsfall och ytterligare ett schablonbelopp kan lämnas. Schablonbelopp för rehabiliterande behandling utomlands lämnas endast i de fall svensk sjukvårdshuvudman godkänner och finansierar behandlingen.

Från samma försäkring kan sammanlagt högst tre schablonbelopp lämnas under försäkringstiden. Om den försäkrade omfattas av flera försäkringar i Förenade Liv som omfattar rehabilitering enligt dessa villkor, utbetalas ersättning endast från en försäkring för en och samma ersättningsperiod om 365 dagar. Om schablonersättning lämnats för tre ersättningsperioder från en och samma försäkring, kan ytterligare ersättning lämnas från annan försäkring i Förenade Liv som omfattar rehabilitering enligt dessa villkor. Ersättning lämnas enligt det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

Kostnader som inte kan ersättas

Ersättning lämnas inte för kostnader för rehabiliterande behandling som kan ersättas enligt lag, enligt annan författning, från annan försäkring eller enligt överenskommelse i kollektivavtal slutet mellan huvudorganisationer på arbetsmarknaden. Detta innebär till exempel att ersättning inte lämnas för kostnader för rehabiliterande behandling som har samband med arbetsskada/arbetsjukdom, ansvars- eller trafikskada.

Handikaphjälpmedel (O1.r3)

Ersättning kan lämnas för ortopedtekniska handikaphjälpmedel under förutsättning att

- olycksfallsskadan medfört fastställd invaliditet och
- hjälpmedelsbehovet är fastställt av legitimerad läkare och
- kostnaderna uppkommit inom fem år från skadedagen.

Kostnaderna ska på förhand godkännas av Förenade Liv. För varje skadefall lämnas ersättning med sammanlagt högst två prisbasbelopp. Med prisbasbelopp avses prisbasbeloppet det år då hjälpmedelsbehovet fastställts.

Ersättning för sveda och värk (O2.a1)

Ersättning för sveda och värk lämnas om olycksfallsskadan medfört sjukskrivning till minst en fjärdedel under mer än 30 dagar under skadans normala akuta behandlings- och läkningstid. Om skadan varit svår kan ersättning lämnas oberoende av 30-dagarsregeln.

Ersättningen bestäms och beräknas i enlighet med av Förenade Liv fastställda normer för beräkning av ersättning för sveda och värk som gäller vid utbetalningstillfället. Ersättningen betalas ut när den akuta sjuktiden upphört. Får den försäkrade reducerad sveda- och värkersättning från annan försäkring på grund av vårdslöshet eller grov vårdslöshet, lämnar denna försäkring inte ersättning för mellanskillnaden.

Ersättning lämnas för arbetsoförmåga som uppkommer inom fem år från skadetillfället. För försäkrad som fyllt 65 år vid skadetillfället lämnas ingen ersättning.

Kroppsskadeersättning (O2.a2)

Leder olycksfallsskadan till vård av legitimerad läkare och minst åtta dagars akut sjuktid i en följd inom fem år från det att olycksfallet inträffade lämnas Kroppsskadeersättning. Ersättningen lämnas som ett engångsbelopp enligt följande:

Grupp 1 – Sårskada, blödning i vävnad (hematom), öronskada, ögonskada

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Grupp 2 – Fraktur på tår, fingrar, revben, nyckelben, näsben

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Grupp 3 – Övriga frakturer, senskador, ledbandskador, smitta som är en följd av insektsstick eller liknande:

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	5 000 kr

Grupp 4 – Brännskador från grad 2 och kylskador

Mindre är 1 % av kroppsytan

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Grupp 4 – Brännskador från grad 2 och kylskador

Skada på mer än 1 % av kroppsytan

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	2 000 kr
---------------------------	----------

Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr
--	----------

Grupp 5 – Amputation och organförlust

Förväntad invaliditet 1 – 5 %

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
---------------------------	----------

Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr
--	----------

Förväntad invaliditet över 5 %

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	2 000 kr
---------------------------	----------

Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr
--	----------

Grupp 6 – Skallskador

Lätt skallskada, till exempel hjärnskakning (commotio cerebri)

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
---------------------------	----------

Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr
--	----------

Svårare skallskada, till exempel med inre blödning

Akut sjuktid 8 – 30 dagar	2 000 kr
---------------------------	----------

Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr
--	----------

Grupp 7 – Mycket svåra skador

Förlamning av nedre kroppshalva (paraplegi) 25 000 kronor

Extremt svåra skador till exempel

Förlamning av alla extremiteter (tetraplegi), bränn - kylskada över 50 % av kroppsytan eller multipla skador av mycket stor omfattning 40 000 kronor

- En förutsättning är att varje kroppsskada var för sig medför minst åtta dagars akut sjuktid.
- För flera kroppsskador på samma kroppsdel lämnas endast ett belopp.
- Ersättning kan endast lämnas för en kroppsskada per grupp vid ett och samma olycksfall.
- Ersättning kan lämnas inom Grupp 1-7 för ett och samma olycksfall med flera (multipla) kroppsskador med högst 40 000 kronor.
- Om den försäkrade omfattas av flera försäkringar i Förenade Liv som omfattar kroppsskadeersättning utbetalas ersättning endast från en försäkring.

- Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan ger rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund (exempelvis från trafik-, eller ansvarsförsäkringen) överfallsskydd, enligt lag eller annan författning, via kollektivavtal, eller om motsvarande ersättning lämnas från annan försäkring. Detta inkluderar även annan försäkring tecknad hos Förenade Liv.

Olycksfallskapital (O2.b2)

Ersättning efter mer än 30 dagars arbetsförmåga

Ersättningens storlek vid hel arbetsförmåga är 6 procent per månad av det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

Olycksfallskapital utbetalas om den försäkrade till följd av olycksfallsskadan någon gång efter skadetillfället blivit arbetsförmögen till minst en fjärdedel under mer än 30 dagar i en följd. Ersättning lämnas för tid som den försäkrade därefter varit arbetsförmögen till följd av en och samma olycksfallsskada, i högst 335 dagar sammanlagt. Ersättning lämnas med så stor del som motsvarar arbetsförmågan under den tid ersättningen avser. Ersättningen betalas ut när arbetsförmågan upphört, dock senast när maximal ersättningstid uppnåtts. Om den försäkrade omfattas av flera försäkringar i Förenade Liv som innehåller olycksfallskapital, utbetalas ersättning med sammanlagt motsvarande högst sex procent av prisbasbeloppet per månad. Ersättning lämnas för arbetsförmåga som uppkommer inom fem år från skadetillfället. För försäkrad som fyllt 65 år vid skadetillfället lämnas ingen ersättning.

Ersättning efter 365 dagars arbetsförmåga

Om den försäkrade någon gång efter skadetillfället till följd av olycksfallsskadan varit arbetsförmögen under 365 dagar inom en 450-dagars period och om arbetsförmågan därefter kvarstår till minst hälften, lämnas en engångsersättning motsvarande 0,5 prisbasbelopp. Ersättningen beräknas på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

Endast en engångsersättning kan utbetalas för en och samma olycksfallsskada.

Även om den försäkrade omfattas av flera försäkringar i Förenade Liv som innehåller olycksfallskapital, utbetalas motsvarande 0,5 prisbasbelopp endast från en av dessa försäkringar.

Omkostnadskapital (O2.b3)

Omkostnadskapital kan lämnas om den försäkrade som en direkt följd av en och samma olycksfallsskada blivit arbetsförmögen enligt nedan. Ersättning utbetalas vid sjukskrivning längst i 24 månader. Särskild ersättning lämnas med ett engångsbelopp på 500 kronor om den försäkrade inom tre dygn från olycksfallet blivit inskriven på sjukhus för sjukhusvård inom Norden. Ersättning lämnas för arbetsförmåga som uppkommer inom tre år från skadetillfället. Högst 44 200 kronor kan utbetalas från omkostnadskapitalet.

A. Ersättning vid sjukskrivning som varar minst åtta dagar

Om den försäkrade blir arbetsförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i minst åtta dagar i en följd lämnas ersättning med ett engångsbelopp på 2 000 kronor.

Ersättningen utbetalas endast vid ett tillfälle för sjukskrivning till följd av samma olycksfallsskada.

Har ersättning lämnats enligt denna punkt och den försäkrade blir helt arbetsförmögen och åter blir sjukskriven kan ersättning endast lämnas enligt villkor för punkterna B – D.

B. Ersättning vid sjukskrivning 9 – 30 dagar

Om den försäkrade blir arbetsförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i minst nio dagar i en följd lämnas ersättning med högst 100 kronor per dag från dag nio.

Ersättning lämnas med så stor del som motsvarar arbetsförmågan och högst 2 200 kronor för denna period. Om den försäkrade blir helt arbetsförmögen och sedan åter blir sjukskriven ska ersättning lämnas för kvarvarande dagar enligt denna punkt tills totalt 22 dagar utbetalats. Överskjutande sjukskrivningsperiod ersätts om villkoren för punkterna C och/eller D uppfyllts.

C. Ersättning vid sjukskrivning som varar mer än 30 dagar

Om den försäkrade blir arbetsförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i två månader eller mer lämnas ersättning för tiden från och med månad två. Vid hel arbetsförmåga utbetalas 2 500 kronor för varje hel 30-dagars period. Vid partiell arbetsförmåga lämnas ersättning med så stor del som motsvarar arbetsförmågan. Ersättning utbetalas längst till och med månad tolv och med högst 27 500 kronor för denna period. Har ersättning tidigare lämnats enligt denna punkt och den försäkrade blir helt arbetsförmögen och åter blir sjukskriven, ska ersättning lämnas för kvarvarande 30-dagars perioder enligt denna punkt tills totalt elva stycken 30-dagars perioder utbetalats. Överskjutande sjukskrivningsperiod ersätts om villkoren under punkten D uppfylls.

D. Ersättning vid sjukskrivning som varar mer än 13 och upp till 24 månader.

Om den försäkrade blir arbetsförmögen till minst 50 procent och är sjukskriven i 13 månader eller mer lämnas ersättning från och med månad 13. Vid hel arbetsförmåga utbetalas 1 000 kronor för varje hel 30-dagars period. Vid partiell arbetsförmåga lämnas ersättning med så stor del som motsvarar arbetsförmågan. Ersättning utbetalas längst till och med månad 24 och med högst 12 000 kronor för denna period.

Har ersättning tidigare lämnats enligt denna punkt och den försäkrade blir helt arbetsförmögen och åter blir sjukskriven ska ersättning lämnas för kvarvarande 30-dagars perioder enligt denna punkt tills totalt tolv stycken 30-dagars perioder utbetalats. Överskjutande sjukskrivningsperiod/-er ersätts inte.

Gemensamt för punkt C och D

Om högst en period av hel arbetsförmåga på högst 14 dagar inträffar under pågående 30-dagars period, avbryts inte pågående intjänandeperiod. Överstiger perioden av arbetsförmåga 14 dagar ska ny 30-dagars period intjänas.

Gemensamt för punkterna Sveda och värk (O2.a1), Olycksfallskapital (O2.b2) och Omkostnadskapitalet (O2.b3)

- Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan ger rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund (exempelvis från trafik-, eller ansvarsförsäkringen) överfallsskydd, enligt lag eller annan författning, via kollektivavtal, eller om motsvarande ersättning lämnas från annan försäkring. Detta inkluderar även annan försäkring tecknad hos Förenade Liv.
- Arbetsoförmågan ska bero på olycksfallet och kunna styrkas med läkarintyg som leder till av Försäkringskassan godkänd sjukskrivning.
- För försäkrad som inte har sjukpenninggrundande inkomst bestäms ersättningen med utgångspunkt från akut sjuktid.
- Om den försäkrade omfattas av flera försäkringar i Förenade Liv utbetalas ersättning endast från en försäkring.
- Vid dödsfall innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet den ersättning som den försäkrade har rätt till.

Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men (O2.c1)

Rätt till ersättning för lyte och men föreligger om olycksfallsskadan medför invaliditet. Ersättningens storlek beräknas efter den medicinska invaliditetsgraden och enligt en av Förenade Liv fastställd tabell gällande vid utbetalningstillfället. Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av legitimerad läkare, kan ersättning även lämnas om olycksfallsskadan medfört vanprydande ärr, kosmetiska defekter eller förlust av tänder.

Ersättning betalas ut när den medicinska invaliditetsgraden är definitivt fastställd. Väntersättning motsvarande 2,5 procent per år av utbetald ersättning kan lämnas för tiden från det att lyte eller annat stadigvarande men uppkommit – dock tidigast från och med två år efter det skadan inträffade – fram till utbetalningsdagen.

Ersättning vid dödsfall (O2.d1)

Om den försäkrade avlider på grund av olycksfallsskada utbetalas ersättning till den försäkrades dödsbo, med det belopp som anges i gruppavtalet och på försäkringsbeskedet. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som

gäller när ersättningen betalas ut. Anges inget försäkringsbelopp i gruppavtalet är försäkringsbeloppet 0,5 prisbasbelopp.

För försäkrad som fyllt 65 år vid skadetillfället lämnas ingen sådan ersättning.

Ersättning vid dödsfall (O2.d2)

Om den försäkrade avlider på grund av olycksfallsskada eller sjukdom, utbetalas försäkringsbeloppet som begravningshjälp till den försäkrades dödsbo. För försäkrad som fyllt 65 år vid skadetillfället lämnas ingen sådan ersättning.

Ersättning vid invaliditet (O3.1)

Leder olycksfallsskadan till invaliditet kan ersättning lämnas både för medicinsk och ekonomisk invaliditet.

Medicinsk invaliditet (O3.a1)

För försäkringsbelopp som anges i prisbasbelopp beräknas ersättningen på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen.

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara en direkt följd av olycksfallsskada som omfattas av försäkringen. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillståndet inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast två år efter skadetillfället. Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinsk invaliditetsgrad. Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet är det belopp som avtalats i gruppavtalet och framgår av detta.

Anger gruppavtalet att försäkringsbeloppet trappas av efter en viss ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern vid försäkringsfallet.

Om försäkringsbeloppet ska avtrappas med hänsyn till den försäkrades ålder så framgår det av försäkringsbeskedet. Ersättningen beräknas utifrån det försäkringsbelopp som gällde vid skadetillfället. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut. Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden angiven i procent.

Medicinsk invaliditet (O3.a7)

För försäkringsbelopp som anges i prisbasbelopp beräknas ersättningen på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället. Vid en invaliditetsgrad på minst 50 procent kan hela eller delar av ersättningen fördubblas.

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara en direkt följd av olycksfallsskada som omfattas av försäkringen. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell. Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillståndet inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast två år efter skadetillfället. Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen. Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinsk invaliditetsgrad. Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet är det belopp som avtalats i gruppavtalet och framgår av detta.

Anger gruppavtalet att försäkringsbeloppet trappas av efter en viss ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern vid försäkringsfallet. Om försäkringsbeloppet ska avtrappas med hänsyn till den försäkrades ålder så framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättningen beräknas utifrån det försäkringsbelopp som gällde vid skadetillfället. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden angiven i procent. Om den medicinska invaliditetsgraden fastställs till 50 procent eller mer så kan hela eller delar av ersättningsbeloppet fördubblas beroende på vad som avtalats. Vad som gäller framgår av försäkringsbeskedet.

Gemensamt för O3.a1 och O3.a7

Vanprydande ärr

Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av legitimerad läkare, kan ersättning även lämnas om olycksfallsskadan medfört vanprydande ärr, som kvarstår två år efter ärrrets uppkomst. Ersättning kan också lämnas för klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår två år efter ärrrets uppkomst.

Ersättningens storlek beräknas efter det försäkringsbelopp som gäller för medicinsk invaliditet och enligt den särskilda, av Förenade Liv fastställda, tabell som gäller vid skadetillfället.

Ersättning lämnas inte om ersättning för ärr utbetalats från annat moment i försäkringen.

Från och med 65 år beviljas inte ärrersättning.

Förskott

Innan den medicinska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Vänteersättning för avtal där försäkringsbeloppet är angivet i kronor

När den medicinska invaliditetsgraden/ersättningen för vanprydande ärr fastställts lämnas vänteersättning motsvarande 2,5 procent per år av utbetald ersättning för medicinsk invaliditet/vanprydande ärr. Ersättning lämnas för tiden från det att invaliditetstillstånd inträtt/vanprydande ärr uppkommit – dock tidigast från och med 2 år efter det skadan inträffade – fram till utbetalningsdagen.

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom två år från skadetillfället.

Ekonomisk invaliditet (O3.b1)

Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga till följd av olycksfallsskadan. Arbetsförmågan anses bestående nedsatt när samtliga möjligheter till arbete i annat yrke prövats.

Rätt till ersättning för ekonomisk invaliditet kan prövas om olycksfallsskadan som en direkt följd dels medfört en medicinsk invaliditetsgrad på minst åtta procent, dels lett till bestående nedsättning av arbetsförmågan med minst 50 procent och Försäkringskassan beviljat minst halv sjukersättning, eller minst halv aktivitetsersättning enligt Socialförsäkringsbalken.

När olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga med minst 50 procent enligt Förenade Livs bedömning utbetalas invaliditetsersättning. En förutsättning härför är dock att olycksfallsskadan inom fem år från skadedagen medfört sådan förlust av arbetsförmågan.

Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan omfattas av trafikskadelagen. Annat kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Bestämningen av invaliditetsgraden sker med ledning av den förlust av arbetsförmågan som olycksfallsskadan medfört. Olycksfallsskadan ska dessutom innan den ekonomiska invaliditeten har inträtt och inom tre år från skadedagen ha medfört medicinsk invaliditet.

Om den försäkrade vid skadetillfället uppbar partiell tidsbegränsad sjukersättning eller partiell sjukersättning, eller partiell aktivitetsersättning, lämnas högst så stor ekonomisk invaliditetsersättning som svarar mot förlusten av restarbetsförmågan.

Om den försäkrade vid skadetillfället uppbar hel tidsbegränsad sjukersättning, eller hel sjukersättning, eller hel aktivitetsersättning, lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

Beviljas sjukersättning från och med fyllda 60 år eller senare, lämnas ersättning endast för medicinsk invaliditet.

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet är det belopp som avtalats i gruppavtalet och framgår av detta. Anger gruppavtalet att försäkringsbeloppet trappas av efter en viss ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern vid försäkringsfallet.

Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ersättningen betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden.

Slutreglering av skadan görs först när den ekonomiska invaliditeten är fastställd. Dessförinnan kan förskott på den medicinska invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden för medicinsk invaliditet har fastställts.

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom ett år från skadetillfället.

Omprövning

Omprövning kan ske om olycksfallsskadan medför att nivån på sjukersättningen höjs efter det att ersättningen från försäkringen bestämts.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att den försäkrades kroppsfunction väsentligt försämras eller att den försäkrade förlorar ytterligare arbetsförmåga efter att försäkringsbolaget tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning med anledning av olycksfallet, har den försäkrade rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad. Omprövning medges om den försäkrade senast inom tio år från det olycksfallet inträffade till försäkringsbolaget skriftligen anmäler sitt önskemål om omprövning och samtidigt lämnar uppgift om de omständigheter som enligt ovan kan medföra rätt till omprövning.

Ersättning vid invaliditet (O3.2)

Leder olycksfallsskadan till invaliditet kan ersättning lämnas både för medicinsk och ekonomisk invaliditet.

Medicinsk invaliditet (O3.a2)

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunctionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen.

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunctionen ska vara en direkt följd av olycksfallsskada som omfattas av försäkringen. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillståndet inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast två år efter skadetillfället. Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunctionen. Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinsk invaliditetsgrad.

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet framgår av försäkringsbeskedet. Anger gruppavtalet att försäkringsbeloppet trappas av efter en viss ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern vid försäkringsfallet. Om försäkringsbeloppet ska avtrappas med hänsyn till den försäkrades ålder så framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning lämnas med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden angiven i procent. Ersättningen beräknas utifrån det försäkringsbelopp som gällde vid skadetillfället. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller vid skadetillfället.

Vanprydande ärr

Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av legitimerad läkare, kan ersättning även lämnas om olycksfallsskadan medfört vanprydande ärr, som kvarstår två år efter ärrets uppkomst. Ersättning kan också lämnas för klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår två år efter ärrets uppkomst. Ersättningens storlek beräknas efter det försäkringsbelopp som gäller för medicinsk invaliditet och enligt den särskilda, av Förenade Liv fastställda, tabell som gäller vid skadetillfället.

Ersättning lämnas inte om ersättning för ärr utbetalats från annat moment i försäkringen.

Vänteersättning

När den medicinska invaliditetsgraden/ersättning för vanprydande ärr fastställts lämnas vänteersättning mot-

svarande 2,5 procent per år av utbetald ersättning för medicinsk invaliditet/vanprydande ärr. Ersättning lämnas för tiden från det att invaliditetstillstånd inträtt/vanprydande ärr uppkommit – dock tidigast från och med två år efter det skadan inträffade – fram till utbetalningsdagen.

Förskott

Innan den medicinska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom två år från skadetillfället.

Ekonomisk invaliditet (O3.b2)

Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga till följd av olycksfallsskadan. Arbetsförmågan anses bestående nedsatt när samtliga möjligheter till arbete i annat yrke prövats.

Nedsättningen av arbetsförmågan på grund av olycksfallsskadan bedöms i förhållande till arbetsförmågan vid skadetillfället och med utgångspunkt från Försäkringskassans utredning om sjukersättning.

Rätt till ersättning för ekonomisk invaliditet kan prövas om olycksfallsskadan som en direkt följd dels medfört en medicinsk invaliditetsgrad på minst åtta procent, dels lett till bestående nedsättning av arbetsförmågan med minst 50 procent och Försäkringskassan beviljat minst halv sjukersättning eller minst halv aktivitetsersättning enligt Socialförsäkringsbalken.

Tidsbegränsad sjukersättning berättigar inte till ersättning för ekonomisk invaliditet.

Om aktivitetsersättning har beviljats ska även Förenade Liv bedöma om arbetsoförmågan kan anses vara bestående.

Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan omfattas av trafikskadelagen. Annat kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Om den försäkrade vid skadetillfället uppbar

- minst halv aktivitetsersättning
- halv tidsbegränsad sjukersättning eller
- halv sjukersättning,

lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet. Vid lägre nivå av dessa ersättningar lämnas högst så stor ersättning för ekonomisk invaliditet som svarar mot förlusten av restarbetsförmågan.

Får den försäkrade sjukersättning – eller får den höjd – från och med fyllda 60 år, lämnas ersättning för eko-

nomisk invaliditet bara om den medicinska invaliditetsgraden till följd av olycksfallsskadan är minst 50 procent.

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av försäkringsbeskedet. Anger gruppavtalet att försäkringsbeloppet trappas av efter en viss ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern vid försäkringsfallet

Ersättningen beräknas utifrån försäkringsbeloppet vid skadetillfället.

Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden.

Nivå på beviljad sjukersättning	Ersättning i procent av försäkringsbeloppet
hel sjukersättning	100 %
3/4 sjukersättning	75 %
halv sjukersättning	50 %

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom två år från skadetillfället.

Omprövning

Omprövning kan ske om olycksfallsskadan medför att nivån på sjukersättningen höjs efter det att ersättningen från försäkringen bestämts och betalats ut.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att den försäkrades kropps-funktion väsentligt försämras eller att den försäkrade förlorar ytterligare arbetsförmåga efter att försäkringsbolaget tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning med anledning av olycksfallet, har den försäkrade rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

Omprövning medges om den försäkrade senast inom tio år från det olycksfallet inträffade till försäkringsbolaget skriftligen anmäler sitt önskemål om omprövning och samtidigt lämnar uppgift om de omständigheter som enligt ovan kan medföra rätt till omprövning.

Handikappfordon (O2.h2)

Ersättning kan lämnas för anskaffning av handikappfordon till den som på grund av olycksfallsskadan har ett varaktigt och väsentligt funktionshinder.

En förutsättning är att ansökan om bilstöd har beviljats av Försäkringskassan. Kostnaden ska på förhand godkännas av Förenade Liv.

Ersättning kan lämnas för de kostnader som inte täcks av offentliga medel, dock med högst 1 prisbasbelopp, räknat efter det prisbasbelopp som gällde vid inköpstill-

fället. Under försäkringstiden kan från samma försäkring sammanlagt lämnas högst 1 prisbasbelopp för handikappfordon.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet – heltid (OT)

Denna försäkring kan ge ytterligare ersättning vid invaliditet till följd av olycksfall som inträffar under försäkringstiden. Villkoren för utbetalning av höjt försäkringsbelopp vid invaliditet är samma som i Olycksfallsförsäkring – heltid ovan.

Ersättning vid invaliditet (O3.4)

Leder olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden till invaliditet kan ersättning lämnas för medicinsk invaliditet.

Medicinsk invaliditet (O3.a4)

Med medicinsk invaliditet menas att olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunktion. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas.

När olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunktion och tillståndet är stationärt, utbetalas invaliditetsersättning.

En förutsättning för rätt till ersättning är att olycksfallsskadan inom tre år medfört någon mätbar invaliditet.

Slutbedömning ska dock göras först när invaliditetsgraden är definitivt fastställd. Försäkringsbeloppet vid fullständig invaliditet är det belopp som framgår av försäkringsbeskedet. Ersättning betalas ut i förhållande till dels invaliditetsgrad, dels åldern vid skadetillfället, dels det försäkringsbelopp som gällde vid skadetillfället för den försäkrade. Om olycksfallet medfört skador på flera kroppsdelar, så att den totala invaliditetsgraden överstiger 100 procent, maximeras ersättningen till försäkringsbeloppet vid fullständig invaliditet vid uppnådd ålder.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Värdesäkring och utbetalning av invaliditetsersättning

Försäkringsbeloppet bestäms av det prisbasbelopp som gällde det år då Förenade Liv betalar ut ersättningen. Slutreglering av olycksfallsskadan görs först när invaliditeten är fastställd.

Vid dödsfall innan slutreglering skett utbetalas till dödsboet det belopp som varar mot den säkerställda medicinska invaliditeten vid dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom tolv månader från skadetillfället.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att den försäkrades kroppsfunktion väsentligt försämras efter det att slutreglering skett, har den försäkrade rätt att återkomma och få invaliditetsgraden omprövad. Omprövning medges dock inte om mer än tio år förflutit från den tidpunkt då olycksfallet inträffade.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (O3.a4)

Om den försäkrade tecknat höjt försäkringsbelopp för invaliditet kan ytterligare ersättning lämnas vid invaliditet till följd av olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Villkoren för utbetalning av invaliditetsersättning är samma som angivits ovan gällande Medicinsk invaliditet (O3.a4).

Medicinsk invaliditet vid sjukdom (O3.a5)

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara en direkt följd av någon av de sjukdomar som omfattas av försäkringen. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Rätt till ersättning

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillståndet inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast ett år efter att sjukdomen visat sig. Därefter ska den definitiva medicinska invaliditetsgraden fastställas snarast möjligt.

Medicinsk invaliditet vid sjukdom anses inträda tidigast när sjukdomstillståndet övergått i ett stationärt tillstånd. Fastställelsen kan dock uppskjutas så länge detta enligt medicinsk erfarenhet eller med hänsyn till föreliggande rehabiliteringsmöjligheter är nödvändigt.

Ersättning utbetalas när rätten uppkommit och den medicinska invaliditetsgraden fastställts. Ersättning utgörs mot den medicinska invaliditetsgraden svarande del av försäkringsbeloppet som gäller vid tidpunkten för försäkringsfallet. Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinsk invaliditetsgrad.

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet framgår av försäkringsbeskedet.

Försämring avseende medicinsk invaliditet som inträffar tio år eller senare efter försäkringsfallet kan aldrig ge

rätt till ytterligare medicinsk invaliditetsersättning. Om den försäkrade när sjukdomen blev aktuell fyllt 46 år reduceras försäkringsbeloppet med 2,5 procentenheter för varje år som åldern överstiger 45 år. Annan avtrappning kan förekomma och framgår då av försäkringsbeskedet.

Den totala invaliditetsgraden kan uppgå till högst 100 procent.

Om den medicinska invaliditetsgraden fastställs till mer än 50 procent så fördubblas ersättningsbeloppet.

Ersättning utbetalas inte för sjukdomsdiagnos som fastställs efter det att den försäkrade uppnått försäkringsmomentets slutålder.

Sjukdomar som ersätts

Ersättning lämnas vid medicinsk invaliditet på grund av sjukdom för följande sjukdomar:

- Amputation eller total obrukbarhet av armar och ben,
- Blindhet eller förlust av syn som inte går att kompensera med synhjälpmedel.
- Ensidig total dövhet och total dövhet,
- Totalförlust av lukt eller smak,
- Hjärtsjukdomar som ger bestående funktionsnedsättning,
- Stroke, hjärnblödning, hjärninfarkt och brustet pulsåderbräck (aneurysm) i hjärnan om dessa diagnoser ger bestående neurologisk skada,
- Förlust av njure och njursjukdom som kräver dialys eller njurtransplantation,
- Skador på ryggmärgen medförande förlamningar,
- Diabetes mellitus typ 1
- Förlust av lunga
- Multipel Skleros (MS)

Begränsningar

Vid sjukdom gäller nedanstående begränsningar för rätten till ersättning avseende ersättningsmoment Medicinsk invaliditet.

Ersättning utbetalas inte vid sjukdomar eller diagnoser som anges i detta villkor om den försäkrade före försäkringsmomentets tecknande haft samma sjukdom eller diagnos. Detta gäller även senare komplikationer av en sjukdom, t.ex. diabetesretinopati (blindhet) hos diabetiker. För ersättning vid diagnos orsakad av sjukdom måste diagnosen vara fastställd efter att försäkringsmomentet har varit gällande minst 365 kalenderdagar i en följd. Ersättning utbetalas inte för symtom eller besvär som kan hänföras till grunden för ersättningskravet om symtomen debuterat eller besvär förekommit före försäkringsmomentets ikraftträdande, även om sjukdom, diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringsmomentet trätt i kraft.

Förskott

Innan den medicinska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet.

Omprövning av medicinsk invaliditet vid sjukdom

Om sjukdomen medför att den försäkrades kroppsfunction väsentligt försämras efter att försäkringsbolaget tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning med anledning av sjukdomen, har den försäkrade rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

Omprövning medges om den försäkrade senast inom 10 år från det sjukdomen diagnosticerades, till försäkringsbolaget skriftligen anmäler sitt önskemål om omprövning och samtidigt lämnar uppgift om de omständigheter som enligt ovan kan medföra rätt till omprövning.

Medicinsk invaliditet vid sjukdom (S1.m1)

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunctionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunctionen ska vara en direkt följd av någon av de sjukdomar som omfattas av försäkringen. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Rätt till ersättning

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillståndet inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast ett år efter att sjukdomen visat sig. Därefter ska den definitiva medicinska invaliditetsgraden fastställas snarast möjligt.

Medicinsk invaliditet vid sjukdom anses inträda tidigast när sjukdomstillståndet övergått i ett stationärt tillstånd.

Fastställelsen kan dock uppskjutas så länge detta enligt medicinsk erfarenhet eller med hänsyn till föreliggande rehabiliteringsmöjligheter är nödvändigt.

Ersättning utbetalas när rätten uppkommit och den medicinska invaliditetsgraden fastställts. Ersättning utgår en mot den medicinska invaliditetsgraden svarande del av försäkringsbeloppet som gäller vid tidpunkten för för-

säkringsfallet. Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinsk invaliditetsgrad.

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet framgår av försäkringsbeskedet.

Försämring avseende medicinsk invaliditet som inträffar tio år eller senare efter försäkringsfallet kan aldrig ge rätt till ytterligare medicinsk invaliditetsersättning.

Om försäkringsbeloppet avtrappas framgår det av försäkringsbeskedet samt av gruppavtalet.

Den totala invaliditetsgraden kan uppgå till högst 100 procent.

Ersättning utbetalas inte för sjukdomsdiagnos som fastställs efter det att den försäkrade uppnått försäkringsmomentets slutålder.

Sjukdomar som ersätts

Ersättning lämnas vid medicinsk invaliditet på grund av sjukdom för följande sjukdomar:

- Amputation eller total obrukbarhet av armar och ben,
- Blindhet eller förlust av syn som inte går att kompensera med synhjälpmedel,
- Ensidig total dövhet och total dövhet,
- Totalförlust av lukt eller smak,
- Hjärtsjukdomar som ger bestående funktionsnedsättning,
- Stroke, hjärnblödning, hjärninfarkt och brustet pulsåderbräck(aneurysm) i hjärnan om dessa diagnoser ger bestående neurologisk skada,
- Förlust av njure och njursjukdom som kräver dialys eller njurtransplantation,
- Skador på ryggmärgen medförande förlamningar,
- Diabetes mellitus typ 1
- Förlust av lunga
- Multipel Skleros (MS)

Begränsningar

Vid sjukdom gäller nedanstående begränsningar för rätten till ersättning avseende ersättningsmoment Medicinsk invaliditet.

Ersättning utbetalas inte vid sjukdomar eller diagnoser som anges i detta villkor om den försäkrade före försäkringens tecknande haft samma sjukdom eller diagnos. Detta gäller även senare komplikationer av en sjukdom, t.ex. diabetesretinopati (blindhet) hos diabetiker eller spridning av en sjukdom, såsom metastasering.

Ersättning utbetalas inte för symtom eller besvär som kan hänföras till grunden för ersättningskravet om sym-

tomen debuterat eller besvär förekommit före försäkringens ikraftträdande, även om sjukdom, diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringen trätt i kraft.

Ersättning utbetalas inte för sjukdomsdiagnos som fastställs efter att du har uppnått försäkringens slutålder.

Förskott

Innan den medicinska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet.

Omprövning vid medicinsk invaliditet vid sjukdom

Om sjukdomen medför att den försäkrades kroppsfunktion väsentligt försämras efter att försäkringsbolaget tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning med anledning av sjukdomen, har den försäkrade rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

Omprövning medges om den försäkrade senast inom tio år från det sjukdomen diagnosticerades, till försäkringsbolaget skriftligen anmäler sitt önskemål om omprövning och samtidigt lämnar uppgift om de omständigheter som enligt ovan kan medföra rätt till omprövning.

Inkomstförlust (O4.1)

Försäkringen lämnar ersättning för:

- inkomstförlust vid arbetsoförmåga som varar 15 dagar eller mer räknat från det att olycksfallet inträffade. Ersättning lämnas då från första insjuknandedagen.
- inkomstförlust under sjuklönetid samt sjukpenningtid beräknat på den försäkrades sjukpenningsgrundande inkomst enligt socialförsäkringsbalken
- inkomstförluster upp till 7,5 prisbasbelopp
- arbetsoförmåga som berättigar till ersättning enligt socialförsäkringsbalken
- inkomstförluster till den dag då ersättning för definitiv Medicinsk invaliditet utbetalas, dock längst under tolv månader.

Ersättning lämnas inte för:

- inkomstförluster för lönedelar över 7,5 prisbasbelopp
- inkomstförlust under tid då rätt till arbetsskadelivränta föreligger

-
- inkomstförlust som i tillämpliga delar ersätts från annat håll enligt lag, författning, konvention, trafikförsäkring, ansvarsförsäkring, trygghetsförsäkring vid arbetsskada, tjänsterefeförsäkring, annan försäkring eller kollektivavtal.

Är den försäkrade inte inskriven hos allmän försäkringskassa i Sverige, lämnas ersättning för inkomstförlust som skulle ha ersatts om sjukpenning hade utbetalats av Försäkringskassan.

Ersättningen är skattepliktig inkomst.

11 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-G)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom samt gravidförsäkring.

Gravidförsäkring kan efter anmälan tecknas som ett tillval i Barn- och Gravidförsäkringen, se nedan under rubriken Gravidförsäkring Bas eller Plus.

11.1 Giltighet – barnförsäkring

Barnförsäkring kan endast tecknas av gruppmedlem och gäller för gruppmedlemmens barn samt familjehemsplacerade barn (se Begreppsförklaringar). Gruppmedlems makes/makas/sambos barn (även familjehemsplacerade barn) är försäkrade under förutsättning att barnen är stadigvarande (se Begreppsförklaringar) bosatta på samma adress som gruppmedlemmen. Särskilda regler gäller för höjt försäkringsbelopp vid invaliditet, se nedan. Utländskt barn, som gruppmedlemmen avser att adoptera, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att Socialnämnden lämnat medgivande. Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast efter ett år från det barnet kom till Sverige. Försäkringen kan tecknas för barn och ungdomar som inte fyllt 22 år och gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år. Upphör gruppmedlems gruppförsäkring dessförinnan att gälla, upphör också barnets försäkring. Försäkringstagaren ska anmäla till Förenade Liv när yngsta barnet uppnått ovanstående slutålder så att försäkringen kan avregistreras. Försäkringen gäller dygnet runt. Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet och hälodeklaration

Höjning av försäkringsbelopp vid invaliditet tecknas för varje barn som ett tillval till barnförsäkringen efter anmälan till Förenade Liv. Om försäkringsbeloppet höjs över 1 200 000 kronor efter att barnet fyllt ett år måste ansökan göras med hälodeklaration.

Diagnosförsäkring – Barn

Diagnosförsäkring tecknas som ett tillval till barnförsäkringen efter anmälan till Förenade Liv.

Vad menas med olycksfallsskada?

En olycksfallsskada är en kroppsskada som barnet drabbas av genom en oförutsedd plötslig yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall). Psykiska skador/besvär betraktas inte som kroppsskada.

Försäkringen lämnar ersättning endast för direkta följder av olycksfallsskada som kräver läkarvård och som inträffar under försäkringstiden.

Med olycksfallsskada jämställs kroppsskada som uppkommit genom förfrysning, värmeslag eller solsting. Den dag sådan skada visade sig anses då vara tidpunkten för olycksfallsskadan. Vridvåld mot knä samt avsliten hälsena betraktas också som olycksfallsskada även om kriterierna som kännetecknar ett olycksfall (se ovan) inte är uppfyllda. Infektion på grund av insektsstick eller liknande kan ersättas som olycksfallsskada.

Samband mellan kroppsskada och någon av de ovan angivna skadevällande orsakerna ska anses föreligga om det är klart mera sannolikt än att samband inte föreligger. Som olycksfallsskada räknas inte kroppsskada som uppkommit genom

- överansträngning eller ensidig rörelse (förslitningsskada)
- smitta genom bakterier eller virus eller annat smittämne,
- smitta eller förgiftning genom intagande av mat eller dryck eller överkänslighetsreaktion
- användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte föranletts av olycksfallsskada som omfattas av denna försäkring
- kärnexplosion eller radioaktiv strålning (atomkärnreaktion)
- frivilligt orsakad kroppsskada.

Om barnet begår självmord eller får en kroppsskada vid ett självmordsförsök, räknas detta dock som ett olycksfall enligt denna försäkring.

Vad menas med sjukdom?

Med sjukdom menas en sådan avvikelse från normalt hälsotillstånd som kräver sjukvård och som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt ovan.

Tidigare skada/sjukdom

Finns redan ett kroppsfel (sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada) när olycksfallet inträffar, eller har kroppsfelet tillkommit senare, gäller följande. Kan det antas att kroppsfelet medverkat till att följderna av skadan förvärrats, lämnas ersättning bara för de följder som direkt beror på den aktuella olycksfallsskadan oberoende av kroppsfelet. För följder av sjukdom – både direkta och indirekta – gäller att ersättning enbart lämnas om grundsjukdomen visat sig under tid då sjukdomen berättigar till ersättning enligt punkterna Sjukhusvistelse, Diagnosförsäkring, Invaliditet och Årlig kostnadsersättning nedan.

Förutsättningar för att ersättning ska kunna utbetalas

För att ersättning ska kunna lämnas, gäller att olycksfallet eller sjukdomen ska ha inträffat respektive visat sig under

försäkringstiden. Sjukdom anses ha visat sig den dag första sjukvårdskontakt togs med anledning av ifrågavarande sjukdom eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.

Utöver detta gäller följande begränsningar:

- a) För att få ersättning för *sjukhusvistelse* vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter att barnet har fyllt ett år eller efter det att barnet fyllt 6 månader om Graviditet Plus tecknats.
- b) För att få rätt till *årlig kostnadsersättning* samt *ersättning för medicinsk eller ekonomisk invaliditet* i barnförsäkringen gäller följande begränsningar vid sjukdom:
 - sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader och
 - sjukdomen eller symtomen enligt ovan ska första gången ha visat sig efter det att barnet fyllt två år.
- c) För att få rätt till ersättning från Diagnosförsäkring-Barn gäller följande begränsningar:
 - sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att barnförsäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader.

Begränsningar vid vissa diagnoser (Bmb)

I vissa gruppavtal gäller begränsningar av försäkrings-skyddet i Barnförsäkringen för vissa diagnoser.

Om nedanstående begränsningar gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, autism, schizofreni, psykos, manodepressivitet, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD. Skulle den försäkrade få någon av dessa diagnoser lämnas inte ersättning för Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet samt höjt försäkringsbelopp för invaliditet. För försäkrad som omfattas av Barnförsäkring det datum då ovanstående begränsning införs i gruppavtalet gäller:

Om symtom eller diagnos på sjukdom enligt ovan visat sig före det datum då begränsningen införs i gruppavtalet tillämpas då gällande villkor. För följd av dessa sjukdomar – både direkta och indirekta – gäller att ersättning enbart lämnas om grundsjukdomen visade sig under tid då sjukdomen berättigade till ersättning.

Beräkning av ersättning

Vissa ersättningsförmåner är knutna till prisbasbeloppet. Med prisbasbelopp avses det prisbasbelopp som, enligt

Socialförsäkringsbalken, fastställs för varje år. Försäkringen gäller med de försäkringsvillkor och de försäkringsbelopp, uttryckta i antal prisbasbelopp, som gällde då olycksfallet inträffade eller då sjukdomen visade sig. Utbetalningen grundas på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

11.2 Omfattning – barnförsäkring

Följande delar kan ingå. *Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet:*

Ersättning för kostnader	B1
Läke- och resekostnader	B1.2
Läkekostnader	B1.a2
Resekostnader	B1.d2
Tandskadekostnader	B1.c1
Skadade kläder och glasögon	B1.m2
Sjukhusvistelse	B1.s2
Rehabiliteringshjälpmedel	B1.r3
Krisförsäkring	B1.k1
Diagnosförsäkring	BR
Vanprydande ärr	B2.e2
Ersättning vid dödsfall	B2.d2
Ersättning vid invaliditet	B3.2
Årlig kostnadsersättning	B1.e2
Medicinsk invaliditet	B3.a2
Ekonomisk invaliditet	B3.b2
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet	BT

11.3 Rätt till ersättning – barnförsäkring

Ersättning för kostnader (B1)

Ersättning kan lämnas för läke- och resekostnader, tandskadekostnader, skadade kläder och glasögon, rehabiliteringshjälpmedel samt vid sjukhusvistelse.

Vissa av ersättningsmomenten gäller *både* vid sjukdom *och* olycksfallsskada, medan andra gäller *endast* vid olycksfallsskada. För varje ersättningsmoment nedan beskrivs hur det gäller.

Om inte ersättningsbeloppet är uttryckt som ett schablonbelopp, lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader till följd av olycksfallet. Ersättning lämnas inte om ersättning lämnas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal. Detta innebär till exempel att ersättning inte lämnas för kostnader som har samband med arbetsskada/ arbetssjukdom, ansvars- eller trafikskada. Ersättning lämnas dock för eventuell självrisk vid arbetsskada.

Vid sjuk- och olycksfallsskada i utlandet är ersättningen begränsad till åtta procent av prisbasbeloppet för kostnader som uppkommit utanför Sverige.

Läke- och resekostnader (B1.2)

Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning.

För kostnader för nödvändiga resor till och från vård och behandling lämnas ersättning vid *sjukdom och olycksfallsskada*, medan kostnader för resor mellan bostad och arbets- eller utbildningsplatsen endast lämnas vid *olycksfallsskada*.

Kostnaderna ska kunna styrkas med originalkvitton. Vid *olycksfallsskada* ska kostnaderna ha uppkommit inom fem år från det att olycksfallet inträffade.

Vid *sjukdom* ska kostnaderna ha uppkommit inom tre år från det att sjukdomen visade sig. Vid *sjukdom* gäller försäkringen med en självrisk, som för läke- och resekostnader tillsammans för en och samma sjukdom är tre procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader (B1.a2)

Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan/sjukdomen och ska till någon del betalas av allmän försäkring eller på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Ersättning lämnas också för behandlingskostnader för vård hos legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller för behandling som ges av annan vårdgivare. Detta under förutsättning att behandlingen sker efter remiss av legitimerad läkare. Ersättning lämnas för kostnad högst motsvarande patientavgiften för sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

Medför olycksfallsskadan/sjukdomen behov av sjukhusvård under akut sjuktid och/eller på rehabiliteringsklinik, lämnas ersättning från försäkringen för den del av kostnaden som inte motsvarar inbesparade levnadskostnader, dock högst motsvarande ersättningen från försäkringen vid vård inom den offentliga akutsjukvården.

Resekostnader (B1.d2)

Med resekostnader menas:

- Kostnader för resor till och från vård eller behandling
- Merkostnader för resor mellan fast bostad och ordinarie arbetsplats/skola

Dessa merkostnader ska i första hand ersättas av arbetsgivaren/Försäkringskassan respektive kommunen/skol-försäkringen. Ersättning för sådana merkostnader lämnas endast under akut sjuktid vid olycksfallsskada.

Legitimerad läkare ska ha föreskrivit särskilt transportmedel för att barnet ska kunna utföra arbetet eller ordinarie skolutbildning.

Billigast möjliga färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Resekostnader till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för resor i samband med vård som anges i Socialförsäkringsbalken.

Tandskadekostnader (B1.c1)

Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts endast en slutbehandling/permanentbehandling per skada.

Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, äger Förenade Liv rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek.

Ersättning lämnas även för kostnader för nödvändiga resor för tandbehandling. Resekostnaden ersätts med högst den egenavgift för resor som anges i Socialförsäkringsbalken. Billigast möjliga färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället.

Tandskada som uppkommit vid tuggning eller bitning anses inte som olycksfallsskada.

För den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, lämnas ersättning endast för den akuta behandlingen.

Måste slutbehandling på grund av barnets ålder uppskjutas till senare tidpunkt, gäller följande. Den uppskjutna behandlingen måste slutföras innan barnet fyller 25 år eller inom fem år från skadedagen. Behandlingen måste på förhand godkännas av Förenade Liv.

Vid i Sverige uppkommet behov av tandbehandling kan nödvändiga kostnader ersättas endast för sådan behandling som helt eller delvis omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringens bestämmelser eller som på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Skadade kläder och glasögon (B1.m2)

Leder olycksfallsskada till att barnet måste behandlas av läkare, lämnas ersättning för kostnader för skadade kläder och glasögon. Ersättning lämnas med högst 0,25 prisbasbelopp.

Begränsningar

Gemensamt för ersättningsmomenten under Kostnader ovan (Läkekostnader, Resekostnader, Tandskadekostnader, Skadade kläder och glasögon) gäller följande begränsningar.

- För olycksfallsskada eller sjukdom som inträffat/visat sig i Sverige ersätts inte kostnader för vård utomlands.
- Om barnet inte har rätt till ersättning från Försäkringskassan i Sverige, lämnas ersättning från försäkringen bara för de kostnader som skulle ha uppkommit om denna rätt funnits.
- Ersättning lämnas inte för kostnader som kan ersättas enligt lag, enligt annan författning eller från annan försäkring. Ersättning lämnas inte heller för kostnader som ersätts enligt kollektivavtal slutet mellan huvudorganisationer på arbetsmarknaden.

Sjukhusvistelse (B1.s2)

Om en olycksfallsskada eller en sjukdom medför att barnet är inskrivet vid sjukhus för vård i sammanlagt minst 3 dagar (enstaka dagar eller i en följd), lämnas ersättning från första dagen i samband med vistelsen på sjukhuset. Ersättning ges även i samband med vård i hemmet om barnet är inskrivet vid sjukhus för aktiv hemsjukvård. Vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter det att barnet har fyllt ett år eller efter att barnet fyllt sex månader om Gravid Plus tecknats.

För att uppnå de tre dagarna enligt föregående stycke, kan dagar för vistelse på sjukhus under en sammanhängande period på högst tre år räknas samman. Regeln tillämpas för en och samma olycksfallsskada eller sjukdom. Ersättning lämnas i form av en schablonersättning på 200 kronor för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar samt permissionsdagar inräknade.

Ersättning lämnas under högst tre år från första vistседagen, dock med högst 40 000 kronor om året.

Rehabiliteringshjälpmedel (B1.r3)

Om *olycksfallsskadan* eller *sjukdomen* förväntas leda till varaktig invaliditet, lämnas ersättning för nödvändiga kostnader för rehabiliteringshjälpmedel.

Kostnaderna, som på förhand ska godkännas av Förenade Liv, ska kunna styrkas med originalkvitton.

Sammanlagt lämnas ersättning med högst 3 prisbasbelopp för nödvändiga kostnader för legitimerad rehabiliteringshjälp. Ersättning lämnas för kostnader som uppkommit innan definitivt invaliditetsgrad har fastställts och innan barnet fyllt 25 år.

Ersättning lämnas inte för kostnader för rehabiliteringshjälpmedel som ersätts enligt lag, enligt annan författning, från annan försäkring eller enligt överenskommelse i kollektivavtal slutet mellan huvudorganisationer på arbetsmarknaden. Ersättning lämnas inte heller om ersättningen påverkar den ersättning som kan erhållas från statlig eller kommunal myndighet.

Krisförsäkring (B1.k1)

Har den försäkrade på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av

- ersättningsbar olycksfallsskada
- nära anhörigs (förälder, syskon, mor-/farförälder, make/maka, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- allvarliga relationsproblem
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som polisanmälts
- våldtäkt eller andra sexualbrott
- våld i familjen
- myndigs ofrivilliga arbetslöshet som varat sex månader eller längre och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig

kostnad för högst tio behandlingstillfällen hos legitimerad psykolog/psykoterapeut. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än fem år efter händelsen. Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson. Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

Försäkringen gäller även för skada som försäkrad tillfogas av annan familjemedlem. Med familjemedlem avses försäkrads förälder, syskon, mor-/farförälder, make/maka, sambo samt barn.

Har det försäkrade barnet avlidit eller drabbats av händelse som anges i krisförsäkringen och detta leder till att det försäkrade barnets mamma, pappa, make/maka, sambo eller syskon behöver akut krishjälp ersätter försäkringen totalt sammanlagt, för angivna familjemedlemmar, högst tio behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än fem år efter händelsen.

Diagnosförsäkring – Barn (BR)

Diagnosförsäkring kan utbetalas om den försäkrade under försäkringstiden diagnostiseras med någon av de diagnoser som finns angivna i detta moment och uppfyller nedanstående förutsättningar. Diagnosen ska vara fastställd av legitimerad läkare verksam i Sverige.

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppstår efter 30 dagar från det datum då diagnos fastställts eller från det att kvarstående men enligt Förenade Livs definition fastställts.

En förutsättning för utbetalning av diagnosförsäkringen är att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Försäkringsbeloppet utbetalas endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna – även om den försäkrade diagnostiserats med flera diagnoser vid samma tillfälle och/eller har fler försäkringar. Ersättningen utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutåldern uppnåtts.

När rätt till försäkringsbelopp för diagnosförsäkring inträtt, krävs en sammanhängande period av 90 dagar för att kvalificera sig till ytterligare försäkringsbelopp.

Ersättning från Diagnosförsäkring – Barn kan utbetalas maximalt vid tre tillfällen och endast för olika diagnoser.

För att få rätt till ersättning ska sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att barnförsäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader

För att den försäkrade ska ha rätt till ersättning enligt ovan ska någon av nedanstående diagnoser vara fastställd.

1. Cancer – ICD C00 – C97, D05

En malign (elakartad) tumör karakteriserad som okontrollerad celltillväxt samt infiltration av omkringliggande vävnad. Även leukemi omfattas. Patienten ska vara registrerad i det svenska cancerregistret.

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:

- förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ, dock gäller diagnosförsäkringen för cancer in situ i bröst).
- all hudcancer om den inte klassificerats som malignt (elakartad) melanom med en tjocklek på mer än 0,5 mm.

2. Kvarstående men av hjärnhinneinflammation (meningit)

Påverkan på hjärnan, hjärnhinnor eller nerver efter infektion av bakterier, virus eller andra mikroorganismer.

Diagnosen ska vara ställd genom påvisande av mikroorganismer i blod eller spinalvätska. Spinalvätskan ska innehålla tydliga tecken på inflammatorisk reaktion. Men som kvarstår efter sex månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

3. Kvarstående men av TBE – ICD A84

Kvarstående men som objektivt kan påvisas efter TBE (fästingburen hjärninflammation). Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat TBE-specifika antikroppar i ryggmärgsvätska och/eller i blodet. Men som kvarstår efter 6 månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

4. Neuroborrelios

Neuroborrelios till följd av fästingbett. Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat borreliaspecifika antikroppar i ryggmärgsvätska och/eller i blodet. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

5. Upphörande av njurfunktion

Dag då dialys inleds. Slutstadiet av båda njurarnas funktion som bedöms som kronisk och där insättandet av peritoneal eller hemodialys insätts eller där njurtransplantation är medicinskt nödvändig.

6. Organtransplantation

Dag för transplantation av hjärta, lever, lungor, bukspottkörtel, njure eller benmärg. Organdonator omfattas inte av försäkringen.

7. HIV/AIDS – ICD B20 – B23

Diagnos av infektion av humant immunbristvirus (HIV) i samband med blodtransfusion eller behandling på sjukvårdsinrättning eller som orsakats av en händelse som inträffat under normal yrkesutövning. Följande villkor ska vara uppfyllda:

A. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.

B. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande eller enligt normala rutiner för den försäkrades yrkesområde

C. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts eller arbetsplats där yrkesutövningen skett påtar sig ansvaret.

D. Incidenten som orsakade smittan har skett i Sverige. Alla andra sätt att ådra sig HIV/AIDS omfattas inte av försäkringen.

8. Dövhet

Datum då fullständig, bestående, bilateral (dubbelsidig) sensorineural hörselnedsättning som leder till total hörselörlust på båda öronen fastställts.

9. Förlust av hand, arm, fot eller ben

Datum för förlust av hand, arm, fot eller ben.

10. Blindhet – ICD H54.0

Datum då fullständig och bestående förlust av synen på båda ögonen fastställts.

11. Förlorad talförmåga

Total och bestående förlust av talförmågan till följd av en fysisk skada på stämbanden som bekräftats av en specialist.

12. Förlamning

Fullständig och bestående förlust av bruket av en eller båda armarna eller ett eller båda benen på grund av förlamning.

13. Multipel skleros – ICD G35

Entydig diagnos av specialitälkare i neurologi bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

14. Stroke – ICD I60 – I64

Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar trombosor, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

Transitoriska Ischemiska Attacker (TIA) och Reversibla Ischemiska Neurologiska Defekter (RIND) omfattas inte av försäkringen.

Vanprydande ärr (B2.e2)

Ersättning kan lämnas om en olycksfallsskada eller en sjukdom som inträffat/visat sig under försäkringstiden

- leder till att barnet måste behandlas av legitimerad läkare och
- medför vanprydande ärr eller kosmetisk defekt som kvarstår ett år efter det att ärrret/defekten uppkom
- medför klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår ett år efter det att ärrret uppkom.

Ersättningens storlek beräknas efter det försäkringsbelopp som gäller för medicinsk invaliditet och enligt den särskilda, av Förenade Liv fastställda tabell som gäller vid tidpunkten för försäkringsfallet. Ersättning lämnas oberoende av eventuell ersättning för medicinsk invaliditet. Samma rätt till omprövning, som beskrivs under "Ersättning vid medicinsk invaliditet", finns också för ersättning vid vanprydande ärr.

Ersättning vid dödsfall (B2.d2)

Om barnet avlider under försäkringstiden utbetalas ersättning med 50 000 kronor – om inte annat har avtalats – som begravningshjälp till barnets dödsbo.

För att ge rätt till ersättning vid dödsfall på grund av sjukdom, gäller dock att försäkringen oavbrutet ska ha varit i kraft i minst sex månader samt att barnet är minst sex månader gammalt när dödsfallet inträffar.

Ersättning vid invaliditet (B3.2)

För momenten Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet samt Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet gäller undantag från ersättning avseende psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel). Om dessa undantag gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning kan lämnas vid olycksfallsskada och sjukdom i form av årlig kostnadsersättning samt för medicinsk eller ekonomisk invaliditet, om det har avtalats. För att få rätt till ersättning vid sjukdom ska

- sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet varit i kraft i minst sex månader och
- sjukdomen eller symtomen enligt ovan första gången ha visat sig efter det att barnet fyllt två år.

Vad menas med medicinsk invaliditet?

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara orsakad av olycksfallsskada eller sjukdom. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Årlig kostnadsersättning (B1.e2)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel).

Årlig kostnadsersättning lämnas om medicinskt invaliditetstillstånd inträtt. Ersättningen utbetalas årsvis så länge invaliditetstillståndet kvarstår och varken definitiv medicinsk eller ekonomisk invaliditet fastställts, dock längst i tre år.

Årlig kostnadsersättning lämnas med högst det belopp som anges på försäkringsbeskedet.

Ersättning utbetalas tidigast ett år efter det att olycksfallet inträffade eller sjukdomen visade sig.

Ersättning lämnas i förhållande till den av Förenade Liv preliminärt bedömda medicinska invaliditetsgraden, vid invaliditetsgrader på fem procent och däröver. Om invaliditetsgraden förändras under den tid ersättningen utbetalas, ändras ersättningen i motsvarande grad.

Medicinsk invaliditet (B3.a2)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel).

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillstånd inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast ett år efter det att sjukdomen visat sig eller olycksfallet inträffat.

Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinska invaliditetsgrad.

Ersättningens storlek bestäms av invaliditetsgraden och av försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet. Ersättning lämnas med så stor del av försäkringsbeloppet som erhålles genom att invaliditetsgraden, uttryckt i procent, multipliceras med försäkringsbeloppet.

Omprövning

Omprövning kan ske om olycksfallsskadan eller sjukdomen medför en väsentlig och bestående försämring av kroppsfunktionen efter det att ersättningen bestämts och betalats ut. Rätten till omprövning av den medicinska invaliditeten upphör då den försäkrade fyllt 30 år.

Ekonomisk invaliditet (B3.b2)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel).

Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga, som är en direkt följd av en olycksfallsskada eller sjukdom som omfattas av försäkringen. Arbetsförmågan anses bestående nedsatt när samtliga möjligheter till arbete i annat yrke provats. Förutsättningar för att rätten till ersättning för ekonomisk invaliditet ska provas är att

- olycksfallsskadan eller sjukdomen ska ha givit en fastställd medicinsk invaliditet,

- Försäkringskassan beviljat den försäkrade minst halv sjukersättning (ej tidsbegränsad) före fyllda 32 år enligt socialförsäkringsbalken eller minst halv aktivitetsersättning/tidsbegränsad sjukersättning i minst sju år i en följd och före 32 års ålder,
- alla möjligheter till medicinsk och yrkesmässig rehabilitering är uttömda och
- Förenade Liv bedömer arbetsförmågan vara för framtiden bestående.

Sjuårsperioden anses påbörjad första gången som Försäkringskassan beviljat minst halv aktivitetsersättning. Tid med ersättning i form av föräldrapenning, utbildningsbidrag, aktivitetsstöd, lönebidrag, anställningsstöd, annat arbete eller av hälsoskäl anpassat arbete anses inte som arbetsförmåga.

När olycksfallsskadan eller sjukdomen enligt Förenade Livs bedömning medfört bestående nedsättning av den försäkrade arbetsförmåga med minst 50 procent, utbetalas invaliditetsersättning. Nedsättningen av arbetsförmågan bedöms i förhållande till arbetsförmågan när olycksfallsskadan inträffade eller sjukdomen visade sig.

Ersättning utbetalas först när den framtida medicinska invaliditeten fastställts och ersättning för medicinsk invaliditet utbetalats. Om graden av aktivitets- eller (tidsbegränsad) sjukersättning varierar under sjuårsperioden beräknas ersättning efter den grad som beviljats i enlighet med Försäkringskassans senaste beslut om aktivitets- eller sjukersättning (tidsbegränsad) under sjuårsperioden.

Under förutsättning att nedsättningen av arbetsförmågan enbart beror på ersättningsbar olycksfallsskada eller sjukdom, lämnas ersättning med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot graden av arbetsförmåga. Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Om den försäkrade vid skadetillfället uppbar partiell sjukersättning, eller aktivitetsersättning, lämnas högst så stor ekonomisk invaliditetsersättning som svarar mot förlusten av restarbetsförmågan. Om barnet vid skadetillfället uppbar hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

Vid olycksfallsskada eller sjukdom som medför ekonomisk invaliditet utbetalas i stället ersättning beräknad efter den medicinska invaliditetsgraden om det leder till högre ersättning. Ersättning kan aldrig lämnas för både medicinsk och ekonomisk invaliditet.

Slutreglering av skadan görs först när den ekonomiska invaliditeten är fastställd. Dessförinnan kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när den medicinska invaliditetsgraden har fastställts.

Omprövning

Omprövning av ersättning för ekonomisk invaliditet kan ske om olycksfallsskadan/sjukdomen medför att nivån

på sjukersättningen/aktivitetsersättningen höjs efter det att ersättningen för ekonomisk invaliditet bestämts och betalats ut. Förutsättningen är att höjning av nivån på sjukersättningen/ aktivitetsersättningen ska beviljas innan barnet fyller 32 år.

Vid dödsfall

Vid dödsfall innan ärendet slutreglerats utbetalas till dödsboet det belopp som svarar mot den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Vid dödsfall utbetalas inte någon ersättning för ekonomisk invaliditet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom ett år från olycksfallet eller från den dag som sjukdomen visade sig.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (BT)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel).

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet kan ge ytterligare ersättning vid invaliditet till följd av olycksfall eller sjukdom som inträffar under försäkringstiden.

Villkoren för utbetalning av höjt försäkringsbelopp vid invaliditet är samma som under "Ersättning vid invaliditet".

11.4 Giltighet – Gravidförsäkring bas eller plus

Gruppledmedlem kan genom anmälan teckna antingen Gravid Bas eller Gravid Plus. Försäkringen måste tecknas för varje graviditet. Gravidförsäkringen kan tecknas till utgången av graviditetsvecka 36. Försäkringen kan gälla tidigast från och med graviditetsvecka tio för mamman och pappan/partnern samt det ofödda barnets syskon och från och med graviditetsvecka 23 för det ofödda barnet. Om försäkringen tecknas efter vecka 23 gäller den med en karens på 14 dagar från teckningsdagen. Detta gäller för försäkringar som tecknats från och med den 1 januari 2013. Gravidförsäkringen gäller inte om försäkringen tecknats efter barnets födelse.

Försäkringen gäller för mamman, hennes väntade barn (oavsett antal barn) och barnets pappa eller mammans partner (make/maka eller sambo), som i villkoren jämställs med pappa. Krisförsäkringen gäller för hela familjen.

Gravidförsäkringen upphör att gälla för alla försäkrade senast vid barnets sexmånadersdag. När barnet föds träder Barnförsäkringen i kraft och gäller från barnets födelse under förutsättning att premie betalas. Kostnader ersätts antingen från Graviditets- eller Barnförsäkringen.

Sjukhusvistelsemomentet i Gravid Plus ger ersättning under totalt sammanlagt 360 dagar dock längst till dess barnet fyllt ett år om försäkringsfallet inträffat under försäkringstiden. En förutsättning för att de försäkrade ska få ersättning för sjukhusvistelse är att graviditeten är normal enligt kontroll av läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före graviditets-

vecka 23. Den gravida kvinnan får inte heller kontrolleras eller behandlas på grund av diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23.

För att Ersättning vid vårdbidrag ska lämnas, måste vårdbidraget vara fastställt innan barnet fyllt ett år och försäkringsfallet ska ha inträffat under försäkringstiden. All ersättning utbetalas till barnets vårdnadshavare utom medicinsk invaliditet som utbetalas till det försäkrade barnet.

Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Vad menas med normal graviditet?

Den gravida kvinnan har endast symtom som normalt följer av graviditet och som är av mindre och/eller tillfällig natur och som inte innebär någon medicinsk risk för moder eller barn.

11.5 Omfattning Gravidförsäkringen

Följande delar kan ingå.

Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet:

Ersättning för kostnader	G1
Läke- och resekostnader	G1.2
Läkekostnader	G1.a2
Resekostnader	G1.d2
Tandskadekostnader	G1.c2
Sjukhusvistelse	G1.s2
Krisförsäkring	GK
Diagnosförsäkring	GR
Ersättning vid vårdbidrag	GV
Ersättning vid invaliditet	G3.2
Medicinsk invaliditet	G3.a2
Ersättning vid dödsfall	GD.b, GD.f

Vad som menas med olycksfallsskada, sjukdom, tidigare skada/sjukdom samt förutsättningar för att ersättning ska kunna utbetalas framgår i början av kapitel 10.

11.6 Rätt till ersättning – Gravidförsäkringen

Ersättning för kostnader (G1)

Vissa av ersättningsmomenten gäller *både* vid sjukdom och olycksfallsskada, medan andra gäller *endast* vid olycksfallsskada.

Läke- och resekostnader för barnet (G1.2) – Plus

Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling. Kostnader för hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning eller som rehabiliteringshjälpmedel ersätts upp till 0,5 prisbasbelopp. För kostnader för nödvändiga resor till och från vård och behandling lämnas ersättning vid *sjukdom* och *olycksfallsskada*.

Kostnaderna ska kunna styrkas med originalkvitton.

Vid *sjukdom* ska kostnaderna ha uppkommit inom tre år från det att sjukdomen visade sig.

Vid *olycksfallsskada* ska kostnaderna ha uppkommit inom fem år från det att olycksfallet inträffade.

Vid *sjukdom* gäller försäkringen med en självrisk, som för läke- och resekostnader tillsammans för en och samma sjukdom är tre procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader för barnet (G1.a2) – Plus

Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan/sjukdomen och ska till någon del betalas av allmän försäkring eller på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Ersättning lämnas också för behandlingarkostnader för vård hos legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller för behandling som ges av annan vårdgivare. Detta under förutsättning att behandlingen sker efter remiss av legitimerad läkare. Ersättning lämnas för kostnad motsvarande patientavgiften för sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

Medför olycksfallsskadan/sjukdomen behov av sjukhusvård under akut sjuktid och/eller på rehabiliteringsklinik, lämnas ersättning från försäkringen för den del av kostnaden som överstiger normala levnadskostnader, dock högst motsvarande ersättningen från försäkringen vid vård inom den offentliga akutsjukvården.

Resekostnader för barnet (G1.d2) – Plus

Med resekostnader menas:

Kostnader för resor till och från vård eller behandling. Billigast möjliga färdmedel med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Resekostnader till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för resor i samband med vård som anges i Socialförsäkringsbalken.

Tandskadekostnader för barnet (G1.c2) – Plus

Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts endast en slutbehandling/permanentbehandling per skada. Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, har Förenade Liv rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek.

Ersättning lämnas även för kostnader för nödvändiga resor för tandbehandling. Resekostnaden ersätts med högst den egenavgift för resor som anges i Socialförsäkringsbalken. Billigast möjliga färdmedel med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället.

Tandskada som uppkommit vid tuggning eller bitning anses inte som olycksfallsskada.

För den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, lämnas ersättning endast för den akuta behandlingen. Måste slutbehandling på grund av barnets ålder uppskjutas till senare tidpunkt, gäller följande. Den uppskjutna behandlingen måste slutföras innan barnet fyller 25 år eller inom fem år från skadedagen. Behandlingen måste på förhand godkännas av Förenade Liv.

Vid i Sverige uppkommet behov av tandbehandling kan nödvändiga kostnader ersättas endast för sådan behandling som helt eller delvis omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringens bestämmelser eller som på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Sjukhusvistelse för mamman och barnet (G1.s2) – Plus

Om sjukdom eller olycksfallsskada som visar sig respektive inträffar under försäkringstiden medför att barnet och/eller mamman är behov av sjukhusvistelse och läggs in på sjukhus i minst fem dagar i följd, lämnar Förenade Liv en schablonersättning för kostnader i samband med vistelsen på sjukhuset. Försäkringen lämnar också ersättning för vård på neonatalavdelning på grund av för tidig födsel. För att de försäkrade ska få ersättning enligt detta moment ska graviditeten vara normal enligt kontroll av läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. Den gravida kvinnan får inte heller kontrolleras eller behandlas på grund av diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. För den gravida kvinnan ska sjukdomen eller olycksfallsskadan ha samband med förlossning eller graviditet.

Ersättningen lämnas från första dagen med totalt 200 kronor för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar inräknade. Ersättning för sjukhusvistelse lämnas för totalt sammanlagt 360 dagar för barnet och mamman dock längst tills barnet fyllt ett år.

Krisförsäkring – Gravid för familjen (GK) – Bas eller Plus

Har det väntade barnets syskon, mamman och/eller pappan på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av psykisk ohälsa på grund av att:

- det väntade barnet avlider under försäkringstiden
- mamma, pappa eller partner avlider under försäkringstiden
- barnet/fostret är handikappat
- mamman får förlossningspsykos och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skäligen kostnad för högst tio behandlingstillfällen hos legitimerad psykolog/psykoterapeut, sammanlagt för angivna familjemedlemmar.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv.

Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

Försäkringen gäller även för skada som försäkrad tillfogas av annan familjemedlem. Med familjemedlem avses make/maka, sambo, barn, förälder samt syskon.

Diagnosförsäkring – Gravid för barnet (GR) – Plus

Diagnosförsäkring kan utbetalas om barnet under försäkringstiden diagnostiseras med någon av de diagnoser som finns angivna i detta moment och uppfyller nedanstående förutsättningar. Diagnosen ska vara fastställd av legitimerad läkare verksam i Sverige.

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppstår efter 30 dagar från det datum då diagnos fastställts. En förutsättning för utbetalning av Diagnosförsäkringen är att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Försäkringsbeloppet utbetalas endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna även om den försäkrade diagnostiserats med flera diagnoser vid samma tillfälle.

Ersättningen utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutaldern uppnåtts.

Sjukdomar och tillstånd klassificeras enligt ICD-10. För att det försäkrade barnet ska ha rätt till ersättning enligt ovan ska någon av nedanstående diagnoser vara fastställd.

1. Downs Syndrom

Utvecklingsstörning som beror på kromosomavvikelse. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q90.

2. Medfödd hydrocefalus (vattenskalle)

Medfödd vattenskalle hos nyfödd som orsakas av en störning i likvorcirkulationen. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q03.

3. Spina bifida (ryggmärgsbräck)

En missbildning i ryggraden där kotbågarna baktill inte har vuxit samman. En förutsättning för ersättning är ryggmärgsbräck som buktar ut ur spaltöppningen i skallen eller ryggraden. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q05.

4. Medfödda missbildningar av hjärtats kamrar och förbindelser

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q20.

5. Medfödda missbildningar av hjärtats skiljeväggar

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q21.

6. Medfödda missbildningar av hjärtats klaffar

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q23.

7. Medfödda missbildningar av de stora artärerna

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q25.

8. Reduktionsmissbildningar av övre extremitet

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q71.

9. Reduktionsmissbildningar av undre extremitet

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q72.

10. Blindhet (och allvarlig nedsatt syn)

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod H54.

11. Psykisk utvecklingsstörning

En förutsättning för ersättning är en svår eller grav medfödd utvecklingsstörning. Diagnosen ska ställas av specialistläkare i barnneurologi anvisad av Förenade Liv. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskoderna F72 och F73.

12. Cerebral pares (CP)

Skadan ska vara medfödd eller ha uppkommit till följd av syrebrist i samband med förlossningen. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod G80.

13. Cancer

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:

1. förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ), dock gäller försäkringen för cancer in situ i bröst.
2. all hudcancer om den inte klassificerats som malignt (elakartad) melanom med en tjocklek på mer än 0,5 mm. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod C00-97.

Ersättning vid vårdbidrag för barnet (GV) – Plus

Ersättning kan lämnas under förutsättning att mamman eller annan vårdnadshavare blir berättigad till vårdbidrag om minst 25 % enligt lag om allmän försäkring innan barnet fyller ett år. Barnets sjukdom eller olycksfallsskada som ger rätt till vårdbidraget ska ha visat sig respektive inträffat under försäkringstiden.

Rätt till ersättning inträder från och med första dagen räknat från den tidpunkt då vårdbidraget beviljades. Ersättning utbetalas i efterskott för tid som vårdbidraget beviljas dock längst i ett år, med en tolfedel av nedanstående ersättningsbelopp för varje hel månad som vårdbidraget varat. Ersättningen utbetalas till den vårdnadshavare som beviljats vårdbidraget.

Ersättning vid vårdbidrag lämnas med så stor del av ersättningsbeloppet som motsvarar graden av beviljat vårdbidrag. Vid helt vårdbidrag utbetalas högst 40.000 kronor.

I fall där vårdbidraget avser flera barn beräknar Förenade Liv ersättningen efter den vårdbidragsnivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett det försäkrade barnet/barnen, vars del av vårdbidraget måste uppgå till minst en fjärdedel för att ersättning ska kunna lämnas.

Om nivån på vårdbidraget ändras, ändras nivån på ersättningen från denna försäkring på motsvarande sätt. Om vårdbidraget upphör, upphör rätten till ersättning. Om det försäkrade barnet/barnen avlider upphör rätten till ersättning från och med månaden efter att dödsfallet inträffat. Ersättning lämnas inte för merkostnadsvårdbidrag.

Medicinsk invaliditet för barnet (G3.a2)

– Bas eller Plus

Ersättning kan lämnas för medicinsk invaliditet vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden.

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades framtida yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen.

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara orsakad av olycksfallsskada. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillstånd inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast ett år efter det att olycksfallet inträffat.

Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Omprövning

Omprövning kan ske om olycksfallsskadan eller sjukdomen medför en väsentlig och bestående försämring av kroppsfunktionen efter det att ersättningen bestämts och betalats ut. Rätten till omprövning av den medicinska invaliditeten upphör då barnet fyllt 30 år.

Ersättning vid dödsfall (GD.b) – Bas

Graviditet Bas kan lämna ersättning med 10 000 kronor om det försäkrade barnet avlider under försäkringstiden från och med graviditetsvecka 23.

Utbetalningen sker till barnets dödsbo.

Ersättning vid dödsfall (GD.f) – Plus

Graviditet Plus kan lämna ersättning med 20 000 kronor om det försäkrade barnet avlider under försäkringstiden från och med graviditetsvecka 23. Om vårdnadshavare avlider under försäkringstiden lämnas ersättning med 10 000 kronor.

Utbetalningen sker till den avlidnes dödsbo.

Sammanfattning av Gravidförsäkringens ersättningsförmåner

För fullständiga regler, se villkorstext.

Gravid Bas

Ersättning för/vid	Barn	Mamma	Pappa eller partner
Medicinsk invaliditet	Högst 400.000 kr vid olycksfall (1)		
Dödsfall	10.000 kr (2)		
Krisbehandling		Högst 10 behandlings- tillfällen (3)	Högst 10 behandlings- tillfällen (3)

Gravid Bas

Ersättning för/vid	Barn	Mamma	Pappa eller partner
Medicinsk invaliditet	Högst 800.000 kr vid olycksfall (1)		
Dödsfall	20.000 kr (2)	10.000 kr	10.000 kr (7)
Sjukhusvistelse	Högst 200 kr/dag i totalt 360 dagar för barn och/eller mamma (4)	Se Barn	
Ersättning vi vårdbidrag	Nödvändiga kostnader inom 5 år från skadefallet		
Diagnosförsäkring	80.000 kr (6)		
Krisbehandling		Högst 10 behandlings- tillfällen (3)	Högst 10 behandlings- tillfällen (3)

1. Medicinsk invaliditet i gravidförsäkringen gäller vid olycksfall. Då barnet är fött kan även ersättning för medicinsk invaliditet vid olycksfall lämnas från barnförsäkringen.
2. Gäller för barns dödsfall från och med graviditetsvecka 23.
3. Gäller för händelse som inträffat under försäkringstiden, från graviditetsvecka tio och fram till barnets sexmånadersdag. Högst tio behandlingstillfällen sammanlagt för familjen.
4. Ersättning lämnas efter fem dagars sjukhusvistelse från dag 1 med 200 kr/dag i totalt sammanlagt 360 dagar för mamma och/eller barn längst tills dess barnet fyller ett år för försäkringsfall som inträffat under försäkringstiden. För att de försäkrade ska få ersättning enligt detta moment ska graviditeten vara normal enligt kontroll av legitimerad läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. Den gravida kvinnan får inte heller kontrolleras eller behandlas på grund av diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. För mamman ska sjukdomen eller olycksfallsskadan ha samband med förlossning eller graviditet.
5. Ersättningen är beroende av vårdbidragets storlek och kan lämnas om vårdbidrag beviljas innan barnet fyller ett år om försäkringsfallet inträffat senast på barnets sex månadersdag.
6. Ersättning utbetalas 30 dagar efter att diagnos som anges i villkoren fastställts under förutsättning att barnet lever vid denna tidpunkt.
7. Gäller endast vårdnadshavare.

12 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-GN)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom samt gravidförsäkring.

Hur barnförsäkringen gäller under graviditet framgår under avsnitt 12.1.1 och 12.3.1. Gruppavtal kan även tecknas att gälla utan gravidmoment (BOS N) och nedan angivna moment som gäller före barnets födelse ingår då inte.

12.1 Giltighet – barnförsäkring

Barnförsäkringen måste tecknas innan utgången av graviditetsvecka 36 för att gälla under graviditet. Om barnförsäkringen tecknats före graviditetsvecka 36 gäller försäkringens graviditetsmoment som finns under 12.3.1

Om försäkringen tecknas med en premie för samtliga barn gäller följande. Barnförsäkring kan endast tecknas av gruppledare och gäller för gruppledarens barn samt familjehemsplacerade barn (se Ordlista). Gruppmedlems makes/makas/sambos barn (även familjehemsplacerade barn) är försäkrade under förutsättning att barnen är stadigvarande (se Ordlista) bosatta på samma adress som gruppledaren. Särskilda regler gäller för höjt försäkringsbelopp vid invaliditet, se under rubriken, Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet och hälsodeklaration.

Om gruppavtalet omfattar försäkring som tecknas per barn gäller försäkringen endast för det barn den tecknats för. De barn som gruppledare kan teckna försäkring för är; gruppledarens barn samt familjehemsplacerat barn, gruppledarens make/makas/sambos barn samt familjehemsplacerat barn.

Utländskt barn, som gruppledaren avser att adoptera och sökt försäkring för, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att Socialnämnden lämnat medgivande. Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast efter ett år från det barnet kom till Sverige. Försäkringen kan tecknas för barn och ungdomar som inte fyllt 22 år och gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år. Upphör gruppledarens gruppförsäkring dessförinnan att gälla, upphör också barnets försäkring. När försäkringen tecknats med en premie för samtliga barn gäller att försäkringstagaren ska anmäla till Förenade Liv när yngsta barnet uppnått ovanstående slutålder så att försäkringen kan avregistreras.

Försäkringen gäller dygnet runt. Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet och hälsodeklaration
Höjning av försäkringsbelopp vid invaliditet tecknas för varje barn efter anmälan till Förenade Liv. Om försäkringsbeloppet höjs över 1 300 000 kronor eller 30 prisbasbelopp efter att barnet fyllt ett år måste ansökan göras med hälsodeklaration.

Vad menas med olycksfallsskada?

En olycksfallsskada är en kroppsskada som barnet drabbas av genom en oförutsedd plötslig yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall). Psykiska skador/besvär betraktas inte som kroppsskada. Försäkringen lämnar ersättning endast för direkta följder av olycksfallsskada som kräver läkarvård och som inträffar under försäkringstiden.

Med olycksfallsskada jämställs kroppsskada som uppkommit genom förfrysning, värmeslag eller solsting. Den dag sådan skada visade sig anses då vara tidpunkten för olycksfallsskadan. Vridvåld mot knä samt avsliten hälsena betraktas också som olycksfallsskada även om kriterierna som kännetecknar ett olycksfall (se ovan) inte är uppfyllda. Infektion på grund av insektsstick eller liknande kan ersättas som olycksfallsskada. Samband mellan kroppsskada och någon av de ovan angivna skadevallande orsakerna ska anses föreligga om det är klart mera sannolikt än att samband inte föreligger. Som olycksfallsskada räknas inte kroppsskada som uppkommit genom

- överansträngning eller ensidig rörelse (förslitningsskada)
- smitta genom bakterier eller virus eller annat smittämne,
- smitta eller förgiftning genom intagande av mat eller dryck eller överkänslighetsreaktion
- användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte föranletts av olycksfallsskada som omfattas av denna försäkring
- kärnexplosion eller radioaktiv strålning (atomkärnreaktion)
- frivilligt orsakad kroppsskada.

Om barnet begår självmord eller får en kroppsskada vid ett självmordsförsök, räknas detta dock som ett olycksfall enligt denna försäkring.

Vad menas med sjukdom?

Med sjukdom menas en sådan avvikelse från normalt hälsotillstånd som kräver sjukvård och som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt ovan.

Tidigare skada/sjukdom

Finns redan ett kroppsfel (sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada) när olycksfallet inträffar, eller har

kroppsfelet tillkommit senare, gäller följande. Kan det antas att kroppsfelet medverkat till att följderna av skadan förvärrats, lämnas ersättning bara för de följder som direkt beror på den aktuella olycksfallsskadan oberoende av kroppsfelet. För följder av sjukdom – både direkta och indirekta – gäller att ersättning enbart lämnas om grundsjukdomen visat sig under tid då sjukdomen berättigar till ersättning enligt punkterna Sjukhusvistelse, Diagnosförsäkring, Invaliditet, Årlig kostnadsersättning och Vårdkostnadsersättning nedan.

Förutsättningar för att ersättning ska kunna utbetalas

För att ersättning ska kunna lämnas, gäller att olycksfallet eller sjukdomen ska ha inträffat respektive visat sig under försäkringstiden. Sjukdom anses ha visat sig den dag första sjukvårdskontakt togs med anledning av ifrågasvarande sjukdom eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.

Utöver detta gäller följande begränsningar:

- a) För att få ersättning för *sjukhusvistelse* vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter det att barnet fyllt sex månader. Begränsningen för sjukhusvistelse gäller inte om barnet har omfattats av barnförsäkringens gravidmoment.
- b) För att få rätt till Årlig kostnadsersättning, Diagnosförsäkring-Barn, Vårdkostnadsersättning-Barn samt ersättning för medicinsk eller ekonomisk invaliditet i barnförsäkringen gäller följande begränsningar vid sjukdom:
 - sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader
- c) för att få rätt till ersättning vid höjning av försäkringsbelopp eller utökning av försäkringen gäller att sjukdomen eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig efter det att utökningen med, eller höjningen av, försäkringsmoment varit i kraft i minst sex månader för det försäkrade barnet efter barnets födelse.

I gruppavtalet avtalade särskilda begränsningar och undantag för vissa diagnoser

Förutom ovanstående begränsningar kan i gruppavtalet avtalade särskilda begränsningar och undantag för vissa diagnoser gälla. De särskilda begränsningarna och undantagen framgår under respektive moment. Om dessa begränsningar eller undantag gäller framgår av försäkringsbeskedet.

Övergångsregel vid förändring av gruppavtalet

För försäkrad som omfattas av Barnförsäkring det datum då någon av i gruppavtalet avtalade särskilda begränsningar och undantag införs i gruppavtalet gäller:

Om symtom eller diagnos på sjukdom enligt ovan visat sig före det datum då undantaget införs i gruppavtalet tillämpas de villkor som gällde när symtomen eller diagnosen visade sig. För följder av dessa sjukdomar – både direkta och indirekta – gäller att ersättning enbart lämnas om grundsjukdomen visade sig under tid då sjukdomen berättigade till ersättning.

Beräkning av ersättning

Vissa ersättningsförmåner är knutna till prisbasbeloppet. Med prisbasbelopp avses det prisbasbelopp som, enligt Socialförsäkringsbalken, fastställs för varje år. Försäkringen gäller med de försäkringsvillkor och de försäkringsbelopp, uttryckta i antal prisbasbelopp, som gällde då olycksfallet inträffade eller då sjukdomen visade sig. Utbetalningen grundas på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

12.1.1 Giltighet – Barnförsäkringens giltighet när gravidmomenten gäller

Barnförsäkringen måste tecknas innan utgången av graviditetsvecka 36 för att gälla under graviditet. Försäkringen kan gälla tidigast från och med graviditetsvecka tio för mamman och pappan/partnern samt det ofödda barnets syskon och från och med graviditetsvecka 23 för det ofödda barnet. Gravidmomenten gäller inte om försäkringen tecknats efter graviditetsvecka 36. Om Barnförsäkringen tecknats efter graviditetsvecka 23 lämnar försäkringen inte någon ersättning för försäkringsfall som inträffar inom 14 dagar från det att försäkringen tecknades. Denna karenstid gäller för graviditetsmomenten för försäkringar som tecknats från och med den 1 januari 2013. Har barnförsäkring tecknats med en premie för samtliga barn gäller barnförsäkringens graviditetsmoment för mammans samtliga graviditeter så länge barnförsäkringen gäller. Har barnförsäkring tecknats med enbarnspremie måste ny barnförsäkring tecknas vid varje graviditet.

Graviditetsmomenten kan gälla för mamman, hennes väntade barn (oavsett antal barn) och barnets pappa eller mammans partner (make/maka eller sambo), som i villkoren jämställs med pappa (under varje moment framgår för vem det gäller). Krisförsäkringen gäller för hela familjen. Barnförsäkringsmomenten vid graviditet upphör att gälla för alla försäkrade senast vid barnets sexmånadersdag. När barnet föds träder Barnförsäkringsmomenten i kraft och gäller från barnets födelse under förutsättning att premie betalas och momentet inte omfattas av gällande begränsningar. Kostnader ersätts enligt villkoren antingen från Barnförsäkringens graviditetsmoment- eller från motsvarande moment i Barnförsäkringen.

All ersättning utbetalas till barnets vårdnadshavare utom medicinsk invaliditet som utbetalas till det försäkrade barnet. Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Vad menas med normal graviditet?

Den gravida kvinnan har endast symtom som normalt följer av graviditet och som är av mindre och/eller tillfällig natur och som inte innebär någon medicinsk risk för moder eller barn.

12.2 Omfattning – barnförsäkring

Följande delar kan ingå. Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet:

Ersättning för kostnader	B1n
Läke- och resekostnader	B1.2n
Tandskadekostnader	B1.c1n
Skadade kläder och glasögon	B1.m2n
Sjukhusvistelse	B1.s2n
Vård i hemmet	B1.v1n
Rehabiliteringshjälpmedel	B1.r3n
Krisförsäkring	B1.k1n
Diagnosförsäkring	BR.1n
Vanprydande ärr	B2.e2n
Ersättning vid dödsfall	B2.d2n
Ersättning vid invaliditet	B3.2n
Årlig kostnadsersättning	B1.e3n
Årlig kostnadsersättning	B1.e4n
Vårdkostnadsersättning – Barn	B1.f1n
Vårdkostnadsersättning – Barn	B1.f2n
Vårkostnadsersättning - Barn	B1.f3n
Vårkostnadsersättning - Barn	B1.f4n
Medicinsk invaliditet	B3.a2n
Medicinsk invaliditet	B3.a3n
Medicinsk invaliditet	B3.a4n
Ekonomisk invaliditet	B3.b2n
Ekonomisk invaliditet	B3.b3n
Ekonomisk invaliditet	B3.b4n

12.3 Rätt till ersättning

12.3.1 Rätt till ersättning när barnförsäkringens gravidmoment gäller

Om barnförsäkring tecknats innan utgången av graviditetsvecka 36 gäller barnförsäkringen med följande omfattning. Följande delar kan ingå. Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet.

Ersättning för kostnader (B1.n)

Vissa av ersättningsmomenten gäller både vid sjukdom och olycksfallsskada, medan andra gäller endast vid olycksfallsskada.

Läke- och resekostnader för barnet (B1.2n)

Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning. För kostnader för nödvändiga resor till och från vård och behandling lämnas ersättning vid sjukdom och olycksfallsskada.

Kostnaderna ska kunna styrkas med originalkvitton. Vid sjukdom ska kostnaderna ha uppkommit inom tre år från det att sjukdomen visade sig. Vid olycksfallsskada ska kostnaderna ha uppkommit inom fem år från det att olycksfallet inträffade.

Vid sjukdom gäller försäkringen med en självrisk, som för läke- och resekostnader tillsammans för en och samma sjukdom är tre procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader för barnet

Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan/sjukdomen och ska till någon del betalas av allmän försäkring eller på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Ersättning lämnas också för behandlingskostnader för vård hos legitimerad sjukgymnast eller för behandling som ges av annan vårdgivare. Detta under förutsättning att behandlingen sker efter remiss av legitimerad läkare. Ersättning lämnas för kostnad motsvarande patientavgiften för sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

Medför olycksfallsskadan/sjukdomen behov av sjukhusvård under akut sjuktid och/eller på rehabiliteringsklinik, lämnas ersättning från försäkringen för den del av kostnaden som överstiger normala levnadskostnader, dock högst motsvarande ersättningen från försäkringen vid vård inom den offentliga akutsjukvården.

Resekostnader för barnet

Med resekostnader menas:

Kostnader för resor till och från vård eller behandling.

Billigast möjliga färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Resekostnader till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för resor i samband med vård som anges i Socialförsäkringsbalken.

Tandskadekostnader för barnet (B1.c1n)

Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts endast en slutbehandling/permanentbehandling per skada. Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, har Förenade Liv rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek. Ersättning lämnas även för kostnader för nödvändiga resor för tandbehandling. Resekostnaden ersätts med högst den egenavgift för resor som anges i Socialförsäkringsbalken. Billigast möjliga färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället. Tandskada som uppkommit vid tuggning eller bitning anses inte som olycksfallsskada.

För den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, lämnas ersättning endast för den akuta behandlingen.

Måste slutbehandling på grund av barnets ålder uppskjutas till senare tidpunkt, gäller följande. Den uppskjutna behandlingen måste slutföras innan barnet fyller 25 år eller inom fem år från skadedagen. Behandlingen måste på förhand godkännas av Förenade Liv.

Vid i Sverige uppkommet behov av tandbehandling kan nödvändiga kostnader ersättas endast för sådan behandling som helt eller delvis omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringens bestämmelser eller som på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Sjukhusvistelse för mamman och barnet (B1.s2n)

Om sjukdom eller olycksfallsskada som visar sig respektive inträffar under försäkringstiden medför att barnet och/ eller mamman är behov av sjukhusvistelse och läggs in på sjukhus i minst tre dagar i följd, lämnar Förenade Liv en schablonersättning för kostnader i samband med vistelsen på sjukhuset. Försäkringen lämnar också ersättning för vård på neonatalavdelning på grund av för tidig födsel. För att de försäkrade ska få ersättning enligt detta moment ska graviditeten vara normal enligt kontroll av läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. Den gravida kvinnan får inte heller kontrolleras eller behandlas på grund av diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. För den gravida kvinnan ska sjukdomen eller olycksfallsskadan ha samband med förlossning eller graviditet.

Ersättningen lämnas från första dagen med 200 kronor för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivnings-dagar inräknade. Ersättning för sjukhusvistelse lämnas för totalt sammanlagt 365 dagar för barnet och mamman dock längst tills barnet fyllt ett år.

Krisförsäkring – Gravid för familjen (B1.k1n)

Har det väntade barnets syskon, mamman och/eller pappan på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av psykisk ohälsa på grund av att:

- det väntade barnet avlider under försäkringstiden
- mamma, pappa eller partner avlider under försäkringstiden
- barnet/fostret är handikappat
- mamman får förlossningspsykos

och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skäligen kostnad för högst 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut sammanlagt för de angivna familjemedlemmarna. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv.

Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

Försäkringen gäller även för skada som försäkrad tillfogas av annan familjemedlem. Med familjemedlem avses make/maka, sambo, barn, förälder samt syskon.

Diagnosförsäkring – Gravid (BR.1n)

Diagnosförsäkring kan utbetalas om barnet under försäkringstiden och innan barnet fyllt sex månader diagnostiseras med någon av de diagnoser som finns angivna i detta moment och uppfyller nedanstående förutsättningar. Diagnosen ska vara fastställd av legitimerad läkare verksam i Sverige.

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppstår efter 30 dagar från det datum då diagnos fastställts. En förutsättning för utbetalning av Diagnosförsäkringen är att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Försäkringsbeloppet utbetalas endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna även om den försäkrade diagnostiserats med flera diagnoser vid samma tillfälle.

Ersättningen utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutaldern för Diagnosförsäkring-Gravid uppnåtts. Försäkringsbeloppet framgår av försäkringsbeskedet.

Sjukdomar och tillstånd klassificeras enligt ICD-10. För att det försäkrade barnet ska ha rätt till ersättning enligt ovan ska någon av nedanstående diagnoser vara fastställd

1. Downs Syndrom

Utvecklingsstörning som beror på kromosomavvikelse. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q90.

2. Medfödd hydrocefalus (vattenskalle)

Medfödd vattenskalle hos nyfödd som orsakas av en störning i likvorcirkulationen. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q03.

3. Spina bifida (ryggmärgsbråck)

En missbildning i ryggraden där kotbågarna baktill inte har vuxit samman. En förutsättning för ersättning är ryggmärgsbråck som buktar ut ur spaltöppningen i skallen eller ryggraden. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q05.

4. Medfödda missbildningar av hjärtats kamrar och förbindelser

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q20.

5. Medfödda missbildningar av hjärtats skiljeväggar

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q21.

6. Medfödda missbildningar av hjärtats klaffar

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q23.

7. Medfödda missbildningar av de stora artärerna

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q25.

8. Reduktionsmissbildningar av övre extremitet

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q71.

9. Reduktionsmissbildningar av undre extremitet

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q72.

10. Blindhet (och allvarlig nedsatt syn)

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod H54.

11. Psykisk utvecklingsstörning

En förutsättning för ersättning är en svår eller grav medfödd utvecklingsstörning. Diagnosen ska ställas av specialläkare i barnneurologi anvisad av Förenade Liv. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskoderna F72 och F73.

12. Cerebral pares (CP)

Skadan ska vara medfödd eller ha uppkommit till följd av syrebrist i samband med förlossningen. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod G80.

13. Cancer

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:

8. förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ), dock gäller diagnosförsäkring för cancer in situ i bröst.
9. all hudcancer om den inte klassificerats som malignt (elakartad) melanom med en tjocklek på mer än 0,5 mm. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod C00-97.

Vårdkostnadsersättning – Gravid (B1.f1n) (B1.f2n)

Ersättning kan lämnas under förutsättning att mamman eller annan vårdnadshavare blir berättigad till vårdbidrag till minst en fjärdedel enligt lag om allmän försäkring. Barnets sjukdom som ger rätt till vårdbidraget ska ha visat sig under försäkringstiden och innan barnet fyllt sex månader.

Rätt till ersättning inträder från och med första dagen räknat från den tidpunkt då vårdbidraget beviljades. Ersättning utbetalas i efterskott för tid som vårdbidraget beviljats dock längst i ett år, med en tolfedel av nedanstående ersättningsbelopp för varje hel månad som vårdbidraget varat. Ersättningen utbetalas till den vårdnadshavare som beviljats vårdbidraget. Ersättning vid vårdbidrag lämnas med så stor del av ersättningsbeloppet som motsvarar graden av beviljat vårdbidrag. Vid helt vårdbidrag utbetalas högst det försäkringsbelopp som angivits i försäkringsbeskedet. I fall där vårdbidraget avser flera barn beräknar Förenade Liv ersättningen efter den vårdbidragsnivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett det försäkrade barnet/barnen, vars del av vårdbidraget måste uppgå till minst en fjärdedel för att ersättning ska kunna lämnas. Om nivån på vårdbidraget ändras, ändras nivån på ersättningen från denna försäkring på motsvarande sätt. Om vårdbidraget upphör, upphör rätten till ersättning. Om det försäkrade barnet/barnen avlider upphör rätten till ersättning från och med månaden efter att dödsfallet inträffat. Ersättning lämnas inte för merkostnadsvårdbidrag.

Vårdkostnadsersättning-Gravid kan aldrig utbetalas för samma period som Vårdkostnadsersättning-Barn.

Medicinsk invaliditet för barnet ((B3a2n), (B3a3n), (B3a4n))

Ersättning kan lämnas för medicinsk invaliditet vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kropps-funktionen som fastställs oberoende av den försäkrades framtida yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kropps-funktionen ska vara orsakad av olycksfallsskada. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell. Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillstånd inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast ett år efter det att olycksfallet inträffat.

Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Omprovning

Omprovning kan ske om olycksfallsskadan medför en väsentlig och bestående försämring av kropps-funktionen efter det att ersättningen bestämts och betalats ut. Rätten till omprovning av den medicinska invaliditeten upphör då barnet fyllt 30 år.

Ersättning vid dödsfall (B2.d2n)

Barnförsäkringens graviditetsmoment kan lämna ersättning med 20 000 kronor om det försäkrade barnet avlider under försäkringstiden från och med graviditetsvecka 23 och före sex månaders ålder. Om vårdnadshavare avlider under försäkringstiden och före barnet fyllt sex månader lämnas ersättning med 10 000 kronor.

Utbetalningen sker till den avlidnes dödsbo, eller gruppmedlemmen om dödsfallet avser dödfött barn.

12.3.2 Rätt till ersättning efter barnets födelse

Ersättning lämnas enligt nedan angivna villkor dock gäller under 12.1 angivna begränsningar. Om barnet omfattas av barnförsäkringens gravidmoment kan vissa av dessa moment gälla under de första sex månaderna efter barnets födelse. Hur barnförsäkringens gravidmoment gäller framgår under 12.1.1 och 12.3.1

Ersättning för kostnader (B1n)

Ersättning kan lämnas för läke- och resekostnader, tandskadekostnader, skadade kläder och glasögon, rehabiliteringshjälpmedel samt vid sjukhusvistelse och vård i hemmet.

Vissa av ersättningsmomenten gäller både vid sjukdom och olycksfallsskada, medan andra gäller endast vid olycksfallsskada.

För varje ersättningsmoment nedan beskrivs hur det gäller. Om inte ersättningsbeloppet är uttryckt som ett schablonbelopp lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader till följd av olycksfallet. Ersättning lämnas inte om ersättning lämnas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal. Detta innebär till exempel att ersättning inte lämnas för kostnader som har samband med arbetsskada/arbetsjukdom, ansvars- eller trafikskada. Ersättning lämnas dock för eventuell självrisk vid arbetsskada.

Vid sjuk- och olycksfallsskada i utlandet är ersättningen begränsad till åtta procent av prisbasbeloppet för kostnader som uppkommit utanför Sverige.

Läke- och resekostnader (B1.2n)

Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning.

För kostnader för nödvändiga resor till och från vård och behandling lämnas ersättning vid sjukdom och olycksfallsskada, medan kostnader för resor mellan bostad och arbetsplatsen, utbildningsplatsen endast lämnas vid olycksfallsskada.

Kostnaderna ska kunna styrkas med originalkvitton. Vid olycksfallsskada ska kostnaderna ha uppkommit inom fem år från det att olycksfallet inträffade.

Vid sjukdom ska kostnaderna ha uppkommit inom tre år från det att sjukdomen visade sig.

Vid sjukdom gäller försäkringen med en självrisk, som för läke- och resekostnader tillsammans för en och samma sjukdom är tre procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader

Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan/sjukdomen och ska till någon del betalas av allmän försäkring eller på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Ersättning lämnas också för behandlingskostnader för vård hos legitimerad sjukgymnast eller för behandling som ges av annan vårdgivare. Detta under förutsättning att behandlingen sker efter remiss av legitimerad läkare. Ersättning lämnas för kostnad högst motsvarande patientavgiften för sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

Medför olycksfallsskadan/sjukdomen behov av sjukhusvård under akut sjuktid och/eller på rehabiliteringsklinik, lämnas ersättning från försäkringen för den del av kostnaden som inte motsvarar inbesparade levnadskostnader, dock högst motsvarande ersättningen från försäkringen vid vård inom den offentliga akutsjukvården.

Resekostnader

Med resekostnader menas:

- Kostnader för resor till och från vård eller behandling
- Merkostnader för resor mellan fast bostad och ordinarie arbetsplats/skola

Dessa merkostnader ska i första hand ersättas av arbetsgivaren/Försäkringskassan respektive kommunen/skol/försäkringen.

Ersättning för sådana merkostnader lämnas endast under akut sjuktid vid olycksfallsskada.

Legitimerad läkare ska ha föreskrivit särskilt transportmedel för att barnet ska kunna utföra arbetet eller ordinarie skolutbildning.

Billigast möjliga färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Resekostnader till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för resor i samband med vård som anges i Socialförsäkringsbalken.

Tandskadekostnader (B1.c1n)

Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts endast en slutbehandling/permanentbehandling per skada.

Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, äger Förenade Liv rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek.

Ersättning lämnas även för kostnader för nödvändiga resor för tandbehandling. Resekostnaden ersätts med högst den egenavgift för resor som anges i Socialförsäkringsbalken. Billigast möjliga färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället.

Tandskada som uppkommit vid tuggning eller bitning anses inte som olycksfallsskada. För den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, lämnas ersättning endast för den akuta behandlingen.

Måste slutbehandling på grund av barnets ålder uppskjutas till senare tidpunkt, gäller följande. Den uppskjutna behandlingen måste slutföras innan barnet fyller 25 år eller inom fem år från skadedagen. Behandlingen måste på förhand godkännas av Förenade Liv.

Vid i Sverige uppkommet behov av tandbehandling kan nödvändiga kostnader ersättas endast för sådan behandling som helt eller delvis omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringens bestämmelser eller som på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Skadade kläder och glasögon (B1.m2n)

Leder olycksfallsskada till att barnet måste behandlas av läkare, lämnas ersättning för kostnader för skadade kläder och glasögon. Ersättning lämnas med högst 0,25 prisbasbelopp.

I beloppet 0,25 prisbasbelopp ingår även skadade skyddskläder, specialkläder och skyddsutrustning såsom hjälm och andra skydd.

Sådan skyddsutrustning ersätts med högst 10 000 kronor under försäkringens giltighetstid. Ersättning lämnas endast för skyddskläder om ersättningsberättigat olycksfall inträffar på fritiden. Skyddskläder och skyddsutrustning som används i tjänsten eller betalats av arbetsgivare/skola/förening omfattas inte.

Begränsningar

Gemensamt för ersättningsmomenten under Kostnader ovan (Läkekostnader, Resekostnader, Tandskadekostnader, Skadade kläder och glasögon) gäller följande begränsningar.

- För olycksfallsskada eller sjukdom som inträffat/visat sig i Sverige ersätts inte kostnader för vård utomlands.
- Om barnet inte har rätt till ersättning från Försäkringskassan i Sverige, lämnas ersättning från försäkringen bara för de kostnader som skulle ha uppkommit om denna rätt funnits.
- Ersättning lämnas inte för kostnader som kan ersättas enligt lag, enligt annan författning eller från annan försäkring. Ersättning lämnas inte heller för kostnader som ersätts enligt kollektivavtal slutet mellan huvudorganisationer på arbetsmarknaden.

Sjukhusvistelse (B1.s2n)

Om en olycksfallsskada eller en sjukdom medför att barnet är inskrivet vid sjukhus för vård i minst tre dagar i en följd, lämnas ersättning från första dagen i samband med vistelsen på sjukhuset. Vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter det att barnet har fyllt 6 månader. Begränsningen för sjukhusvistelse gäller inte om barnet har omfattats av barnförsäkringens gravidmoment. Ersättning lämnas i form av en schablonersättning med valt försäkringsbelopp för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar samt permissionsdagar inräknade. Valt försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet. Ersättning lämnas under högst 365 dagar och längst till och med det kalenderår under vilket det försäkrade barnet fyller 25 år.

Vård i hemmet (B1.v1n)

Om försäkrad som är yngre än 16 år vårdas i hemmet direkt efter ersättningsbar sjukhustvistelse, lämnas en ersättning för kostnader med valt försäkringsbelopp per dag i längst 30 vård dagar i hemmet per sjukhustvistelse. Valt belopp framgår av försäkringsbeskedet. En förutsättning är att den försäkrade inkommer med läkarintyg som intygar att anhörigs vård av den försäkrade i hemmet är medicinskt motiverad och att vårdbehovet kvarstår minst 14 dagar räknat från första sjukhusvårdsdagen. Läkarintyget ska också ange hur länge vården krävs.

Försäkringen ersätter inte vård i hemmet om minst halvt vårdbidrag har beviljats från Försäkringskassan för samma sjukdom.

Försäkringen lämnar ersättning sammanlagt för momenten Sjukhusvistelse och Vård i hemmet för högst 365 dagar för varje enskild sjukdom eller olycksfallsskada.

Rehabiliteringshjälpmedel (B1.r3n)

Om olycksfallsskadan eller sjukdomen förväntas leda till varaktig invaliditet, lämnas ersättning för nödvändiga kostnader för rehabiliteringshjälpmedel.

Kostnaderna, som på förhand ska godkännas av Förenade Liv, ska kunna styrkas med originalkvitton. Sammanlagt lämnas ersättning med högst 3 prisbasbelopp för nödvändiga kostnader för rehabiliteringshjälpmedel.

Ersättning lämnas för kostnader som uppkommit innan definitivt invaliditetsgrad har fastställts och innan barnet fyllt 25 år.

Ersättning lämnas inte för kostnader för rehabiliteringshjälpmedel som ersätts enligt lag, enligt annan författning, från annan försäkring eller enligt överenskommelse i kollektivavtal slutet mellan huvudorganisationer på arbetsmarknaden.

Ersättning lämnas inte heller om ersättningen påverkar den ersättning som kan erhållas från statlig eller kommunal myndighet.

Krisförsäkring (B1.k1n)

Har den försäkrade på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av

- ersättningsbar olycksfallsskada
- nära anhörigs (förälder, syskon, mor-/farförälder, make/maka, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- allvarliga relationsproblem
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som polisanmälts
- våldtäkt eller andra sexualbrott
- våld i familjen
- myndigs ofrivilliga arbetslöshet som varat sex månader eller längre

och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för högst tio behandlingstillfällen hos legitimerad psykolog/psykoterapeut. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än 5 år efter händelsen. Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson. Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

Försäkringen gäller även för skada som försäkrad tillfogas av annan familjemedlem. Med familjemedlem avses försäkrads förälder, syskon, mor-/farförälder, make/maka, sambo samt barn.

Har det försäkrade barnet avlidit eller drabbats av händelse som anges i krisförsäkringen och detta leder till att det försäkrade barnets mamma, pappa, make/maka, sambo eller syskon behöver akut krishjälp ersätter försäkringen totalt sammanlagt, för angivna familjemedlemmar, högst 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än fem år efter händelsen.

Diagnosförsäkring – Barn (BR.1n)

Diagnosförsäkring kan utbetalas om den försäkrade under försäkringstiden diagnostiseras med någon av de diagnoser som finns angivna i detta moment och uppfyller nedanstående förutsättningar samt inte omfattas av de i inledningen av detta kapitel angivna begränsningarna. Diagnosen ska vara fastställd av läkare verksam i Sverige. Försäkringsbeloppet för diagnosförsäkring framgår av försäkringsbeskedet.

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppstår efter 30 dagar från det datum då diagnos fastställts eller från det att kvarstående men enligt Förenade Livs definition fastställts.

En förutsättning för utbetalning av diagnosförsäkringen är att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Ersättning från Diagnosförsäkring – Barn kan utbetalas maximalt vid tre tillfällen och endast för olika diagnoser. Om den försäkrade diagnostiseras med flera diagnoser vid samma tillfälle och/eller har flera försäkringar lämnas ersättning endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna. När rätt till försäkringsbelopp för diagnosförsäkring inträtt, krävs en sammanhängande period av 90 dagar för att kvalificera sig till ytterligare försäkringsbelopp. Ersättningen utbetalas även om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutaldern uppnåtts.

För att få rätt till ersättning ska sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att barnförsäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader. För att den försäkrade ska ha rätt till ersättning enligt ovan ska någon av nedanstående diagnoser vara fastställd.

De angivna diagnoskoderna refererar till den svenska versionen av den internationella statistiska klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem, ICD-10.

1. Cancer C00 – C97, D05

En malign (elakartad) tumör karakteriserad som okontrollerad celltillväxt samt infiltration av omkringliggande vävnad. Även leukemi omfattas. Patienten ska vara registrerad i det svenska cancerregistret.

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:

- förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ). Dock gäller diagnosförsäkringen för cancer in situ i bröst.
- all hudcancer om den inte klassificerats som malignt (elakartad) melanom med en tjocklek på mer än 0,5 mm.

2. Kvarstående men av hjärnhinneinflammation (meningit)

Påverkan på hjärnan, hjärnhinnor eller nerver efter infektion orsakad av bakterier, virus eller andra mikroorganismer. Diagnosen ska vara ställd genom påvisande av mikroorganismer i blod eller spinalvätska. Spinalvätskan

ska innehålla tydliga tecken på inflammatorisk reaktion. Men som kvarstår efter sex månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men.

3. Kvarstående men av TBE A84

Kvarstående men som objektivt kan påvisas efter TBE (fästingburen hjärninflammation). Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat TBE-specifika antikroppar i ryggmärgsvätska och i blodet. Men som kvarstår efter sex månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men.

4. Neuroborrelios

Neuroborrelios till följd av fästingbett. Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat borreliaspecifika antikroppar i ryggmärgsvätska och i blodet.

5. Upphörande av njurfunktion

Dag då dialys inleds. Slutstadiet av båda njurarnas funktion som bedöms som kronisk och där insättandet av peritoneal- eller hemodialys insätts eller där njurtransplantation är medicinskt nödvändig.

6. Organtransplantation

Dag för transplantation av hjärta, lever, lungor, bukspottkörtel, njure eller benmärg. Organdonator omfattas inte av försäkringen.

7. HIV/AIDS B20 – B23

Smittan ska ha uppkommit vid blodtransfusion, vid behandling på sjukvårdsinrättning eller vid en händelse som inträffat under normal yrkesutövning.

Följande villkor ska vara uppfyllda:

- A. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.
- B. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande eller enligt normala rutiner för den försäkrades yrkesområde.
- C. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts eller arbetsplats där yrkesutövningen skett påtar sig ansvaret.
- D. Incidenten som orsakade smittan har skett i Sverige. Alla andra sätt att ådra sig HIV/AIDS omfattas inte av försäkringen.

8. Dövhet

Datum då fullständig, bestående, bilateral (dubbelsidig) sensorineural hörselnedsättning som leder till total hörsel förlust på båda öronen fastställts.

9. Förlust av hand, arm, fot eller ben

Datum för förlust av hand, arm, fot eller ben.

10. Blindhet H54.0

Datum då fullständig och bestående förlust av synen på båda ögonen fastställts.

11. Förlorad talförmåga

Total och bestående förlust av talförmågan till följd av en fysisk skada på stämbanden som bekräftats av en specialist.

12. Förlamning

Fullständig och bestående förlust av bruket av en arm eller båda armarna, eller ett ben eller båda benen på grund av förlamning.

13. Multipel skleros G35

Entydig diagnos av specialistläkare i neurologi bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

14. Stroke I60 – I64

Cerebrovasculär blodpropp eller blödning. Benämningen omfattar trombosor, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

Transitorisk Ischemisk Attack (TIA) och Reversibla Ischemiska Neurologiska Defekter (RIND) omfattas inte av försäkringen.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f1n)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet. Se då nedan under rubriken, Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f2n).

Ersättning lämnas för särskild vård av den försäkrade, under förutsättning att Försäkringskassan under försäkringstiden beviljar den försäkrades vårdnadshavare vårdbidrag till minst en fjärdedel eller beviljar tillfällig föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn till minst en åttondel.

Under förutsättning att vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn endast beror på den ersättningsberättigande skadan lämnas ersättning i förhållande till vårdbidragets eller den tillfälliga föräldrapenningens storlek enligt nedan.

Om vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn även avser skada som inte är ersättningsberättigande beräknas ersättningen efter den nivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett den ersättningsberättigande skadan. Den ersättnings-

berättigande skadans del av vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid allvarligt sjukt barn måste uppgå till minst en fjärdedel alternativt en åttondel för att ersättning ska kunna lämnas.

Om nivån på vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid svårt sjukt barn ändras, ändras nivån på ersättningen på motsvarande sätt. Om vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid allvarligt sjukt barn upphör, upphör rätten till ersättning.

Vårdkostnadsersättning – Barn kan aldrig utbetalas för samma period som Vårdkostnadsersättning – Gravid.

Ersättningen när vårdbidrag beviljats

Ersättningens storlek per år

- 100 procent av försäkringsbeloppet per år vid 100 procents vårdbidrag
- 50 procent av försäkringsbeloppet per år vid 75 procents vårdbidrag,
- 25 procent av försäkringsbeloppet per år vid 50 procents vårdbidrag,
- 12,5 procent av försäkringsbeloppet per år vid 25 procents vårdbidrag.

Med försäkringsbeloppet menas det försäkringsbelopp för vårdkostnadsersättning som framgår av försäkringsbeskedet.

Ersättning lämnas för tid som den försäkrades vårdnadshavare är berättigad till vårdbidrag. Ersättning lämnas som längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. I gruppavtalet kan den tid som ersättning lämnas vara begränsad. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maximalt sex år, dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden gäller för gruppavtalet så framgår det av försäkringsbeskedet.

I fall där vårdbidraget avser flera barn beräknas ersättningen efter den vårdbidragsnivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett den försäkrade. Det försäkrade barnets del av vårdbidraget måste uppgå till minst en fjärdedel för att ersättning ska kunna lämnas.

Ersättning utbetalas i efterskott med en tolfedel av ovanstående ersättningsbelopp för varje månad som vårdbidraget varat. Ersättningen utbetalas till den som beviljats vårdbidraget. Om den försäkrade avlider upphör rätten till ersättning från och med månaden efter den månad då dödsfallet inträffat.

Ersättning lämnas inte om vårdbidraget endast omfattar merkostnader. Ersättning lämnas inte heller för tid då ferievårdbidrag är beviljat.

Även om beslut om vårdbidrag avser flera försäkrade i samma familj kan den totala vårdkostnadsersättningen aldrig överstiga maxbeloppet. Det innebär att vårdkostnadsersättning från barnförsäkringen inte i något fall kan överstiga 100 % av försäkringsbelopp per år och familj.

Har flera barnförsäkringar tecknats i Förenade Liv lämnas endast ersättning från en försäkring.

Ersättningen när tillfällig föräldrapenning vid allvarligt sjukt barn beviljats

Ersättning lämnas för tid som vårdnadshavare till den försäkrade beviljats tillfällig föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn. En förutsättning är att vårdbehovet kvarstår minst 14 dagar räknat från första föräldrapenningsdagen.

Ersättning utbetalas månadsvis i efterskott med 1/365 del av försäkringsbeloppet för varje kalenderdag då den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn uppbärs, oavsett om båda vårdnadshavarna har beviljats tillfällig föräldrapenning för vård vid allvarligt sjukt barn. 1/365 del utbetalas om hel föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn beviljats. Om endast tre fjärdedels, halv, en fjärdedels eller en åttondels föräldrapenning beviljats utbetalas ersättning med motsvarande del. Ersättning lämnas som längst till utgången av den månad då barnet fyller 18 år. Om den försäkrade avlider upphör rätten till ersättning från och med dagen efter den då dödsfallet inträffat.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f2n) med vissa diagnoser undantagna i gruppavtalet

Villkoren för Vårdkostnadsersättning Barn (B1.f2n), är samma som Vårdkostnadsersättning Barn (B1.f1n) med följande avvikelse.

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas inte någon ersättning från Vårdkostnadsersättning – Barn.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99, till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se Ordlista. Om undantag gäller för ersättning för ovanstående sjukdomar framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning lämnas som längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. I gruppavtalet kan den tid som ersättning lämnas vara begränsad. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maximalt 6 år dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden gäller för gruppavtalet så framgår det av försäkringsbeskedet.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f3n)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet. Se då nedan under rubriken, Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f4n).

Ersättning lämnas för särskild vård av den försäkrade, under förutsättning att Försäkringskassan under försäkringstiden beviljar den försäkrades vårdnadshavare vårdbidrag till minst en fjärdedel eller beviljar tillfällig

föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn till minst en åttondel.

Under förutsättning att vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn endast beror på den ersättningsberättigande skadan lämnas ersättning i förhållande till vårdbidragets eller den tillfälliga föräldrapennings storlek enligt nedan.

Om vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn även avser skada som inte är ersättningsberättigande beräknas ersättningen efter den nivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett den ersättningsberättigande skadan. Den ersättningsberättigande skadans del av vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid allvarligt sjukt barn måste uppgå till minst en fjärdedel alternativt en åttondel för att ersättning ska kunna lämnas.

Om nivån på vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid svårt sjukt barn ändras, ändras nivån på ersättningen på motsvarande sätt. Om vårdbidraget eller den tillfälliga föräldrapenningen vid allvarligt sjukt barn upphör, upphör rätten till ersättning.

Vårdkostnadsersättning – Barn kan aldrig utbetalas för samma period som Vårdkostnadsersättning – Gravid.

Ersättningen när vårdbidrag beviljats

Ersättningens storlek per år

- 100 procent av försäkringsbeloppet per år vid 100 procents vårdbidrag
- 75 procent av försäkringsbeloppet per år vid 75 procents vårdbidrag,
- 50 procent av försäkringsbeloppet per år vid 50 procents vårdbidrag,
- 25 procent av försäkringsbeloppet per år vid 25 procents vårdbidrag.

Med försäkringsbeloppet menas det försäkringsbelopp för vårdkostnadsersättning som framgår av försäkringsbeskedet.

Ersättning lämnas för tid som den försäkrades vårdnadshavare är berättigad till vårdbidrag. Ersättning lämnas som längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. I gruppavtalet kan den tid som ersättning lämnas vara begränsad. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maximalt sex år, dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden gäller för gruppavtalet så framgår det av försäkringsbeskedet.

I de fall där vårdbidraget avser flera barn beräknas ersättningen efter den vårdbidragsnivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett den försäkrade. Det försäkrade barnets del av vårdbidraget måste uppgå till minst en fjärdedel för att ersättning ska kunna lämnas.

Ersättning utbetalas i efterskott med en tolfedel av ovanstående ersättningsbelopp för varje månad som vårdbidraget varat. Ersättningen utbetalas till den som beviljats vårdbi-

draget. Om den försäkrade avlider upphör rätten till ersättning från och med månaden efter den månad då dödsfallet inträffat.

Ersättning lämnas inte om vårdbidraget endast omfattar merkostnader. Ersättning lämnas inte heller för tid då ferievårdbidrag är beviljat.

Även om beslut om vårdbidrag avser flera försäkrade i samma familj kan den totala vårdkostnadsersättningen aldrig överstiga maxbeloppet. Det innebär att vårdkostnadsersättning från barnförsäkringen inte i något fall kan överstiga 100 % av försäkringsbelopp per år och familj.

Har flera barnförsäkringar tecknats i Förenade Liv lämnas endast ersättning från en försäkring.

Ersättningen när tillfällig föräldrapenning vid allvarligt sjukt barn beviljats

Ersättning lämnas för tid som vårdnadshavare till den försäkrade beviljats tillfällig föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn. En förutsättning är att vårdbehovet kvarstår minst 14 dagar räknat från första föräldrapenningsdagen.

Ersättning utbetalas månadsvis i efterskott med 1/365 del av försäkringsbeloppet för varje kalenderdag då den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn uppbärs, oavsett om båda vårdnadshavarna har beviljats tillfällig föräldrapenning för vård vid allvarligt sjukt barn. 1/365 del utbetalas om hel föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn beviljats. Om endast tre fjärdedels, halv, en fjärdedel eller en åttondels föräldrapenning beviljats utbetalas ersättning med motsvarande del. Ersättning lämnas som längst till utgången av den månad då barnet fyller 18 år. Om den försäkrade avlider upphör rätten till ersättning från och med dagen efter den då dödsfallet inträffat.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f4n) med vissa diagnoser undantagna i gruppavtalet

Villkoren för Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f4n) är samma som Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f3n) med följande avvikelse.

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas inte någon ersättning från Vårdkostnadsersättning – Barn.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99, till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se Ordlista. Om undantag gäller för ersättning för ovanstående sjukdomar framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning lämnas som längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. I gruppavtalet kan den tid som ersättning lämnas vara begränsad. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maximalt sex år dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden

gäller för gruppavtalet så framgår det av försäkringsbeskedet.

Vanprydande ärr (B2.e2n)

Ersättning kan lämnas om en olycksfallsskada eller en sjukdom som inträffat/visat sig under försäkringstiden leder till att barnet måste behandlas av legitimerad läkare och:

- medför vanprydande ärr/kosmetisk defekt som kvarstår ett år efter det att ärrret eller defekten uppkom eller
- medför klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår ett år efter det att ärrret uppkom.

Ersättningens storlek beräknas efter det försäkringsbelopp som gäller för medicinsk invaliditet och enligt den särskilda, av Förenade Liv fastställda tabell som gäller vid tidpunkten för försäkringsfallet. Ersättning lämnas oberoende av eventuell ersättning för medicinsk invaliditet.

Samma rätt till omprövning, som beskrivs under "Ersättning vid medicinsk invaliditet", finns också för ersättning vid vanprydande ärr.

Ersättning vid dödsfall (B2.d2n)

Om barnet avlider under försäkringstiden utbetalas ersättning med valt försäkringsbelopp som begravningshjälp till barnets dödsbo. Försäkringsbeloppet framgår av försäkringsbeskedet.

För att ge rätt till ersättning vid dödsfall på grund av sjukdom, gäller dock att försäkringen oavbrutet ska ha varit i kraft i minst sex månader samt att barnet är minst sex månader gammalt när dödsfallet inträffar.

Ersättning vid invaliditet (B3.2n)

För momenten Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet kan begränsningar av eller undantag från ersättning avseende psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 gälla. Om dessa undantag eller begränsningar gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning kan lämnas vid olycksfallsskada och sjukdom i form av Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet och Vårdkostnadsersättning – Barn om det har avtalats. För att få rätt till ersättning gäller följande begränsningar vid sjukdom: sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst 6 månader.

För att få rätt till ersättning vid höjning av försäkringsbelopp eller utökning av försäkringen gäller att sjukdomen eller påvisat symtom på sjukdom första gången visat sig efter det att utökningen, eller höjningen av försäkringsmomentet varit i kraft i minst sex månader för det försäkrade barnet efter barnets födelse.

Vad menas med medicinsk invaliditet?

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen.

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara orsakad av olycksfallsskada eller sjukdom. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Årlig kostnadsersättning (B1.e3n)

Årlig kostnadsersättning lämnas om medicinskt invaliditetstillstånd inträtt och varken definitiv medicinsk eller ekonomisk invaliditet fastställts. Ersättningen utbetalas årsvis så länge invaliditetstillståndet kvarstår, dock längst i tre år.

Årlig kostnadsersättning lämnas med högst det belopp som anges på försäkringsbeskedet.

Ersättning utbetalas tidigast ett år efter det att olycksfallet inträffade eller sjukdomen visade sig.

Ersättning lämnas i förhållande till den av Förenade Liv preliminärt bedömda medicinska invaliditetsgraden, vid invaliditetsgrader på 5 procent och däröver. Om invaliditetsgraden förändras under den tid ersättningen utbetalas, ändras ersättningen i motsvarande grad.

Årlig kostnadsersättning (B1.e4n)

Villkoren för utbetalning av Årlig kostnadsersättning (B1.e4n) är samma som Årlig kostnadsersättning B1.e3n) med följande avvikelse. Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas inte någon ersättning från årlig kostnadsersättning.

Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, åtstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se ordlista. Om begränsning gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Medicinsk invaliditet (B3.a2n)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna eller begränsade i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet. I dessa fall se nedan under rubriken Medicinsk invaliditet (B3.a3n) eller Medicinsk invaliditet (B3.a4n).

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillstånd inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast ett år efter det att sjukdomen visat sig eller olycksfallet inträffat.

Kan funktionsförmågan förbättras genom användning av protes, bestäms invaliditetsgraden med beaktande även av protesfunktionen.

Var funktionsförmågan redan tidigare nedsatt på grund av sjukdom, sjuklig förändring eller annan kroppsskada, frånräknas motsvarande medicinska invaliditetsgrad.

Ersättningens storlek bestäms av invaliditetsgraden och av försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet. Ersättning lämnas med så stor del av försäkringsbeloppet som erhålles genom att invaliditetsgraden, uttryckt i procent, multipliceras med försäkringsbeloppet. Ersättningen beräknas på det försäkringsbelopp som gäller för det försäkrade barnet vid försäkringsfallet. Om försäkringsbeloppet anges i prisbasbelopp så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Omprovning

Omprovning kan ske om olycksfallsskadan eller sjukdomen medför en väsentlig och bestående försämring av kroppsfunktionen efter det att ersättningen bestämts och betalats ut. Rätten till omprovning av den medicinska invaliditeten upphör då den försäkrade fyllt 30 år.

Medicinsk invaliditet (B3.a3n)

Begränsning vid vissa diagnoser vid medicinsk invaliditet om sådana begränsningar avtalats i gruppavtalet.

Villkoren för utbetalning av Medicinsk invaliditet (B3.a3n) är samma som Medicinsk invaliditet (B3.a2n) med följande avvikelse:

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar och uppfyller villkoren för utbetalning av medicinsk invaliditet lämnas ersättning för medicinsk invaliditet med totalt högst 10 procent av det försäkringsbelopp för invaliditet som det försäkrade barnet omfattas av. Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, åtstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se ordlista.

Sjukdomen måste ha visat sig under försäkringstiden. För rätt till ersättning ska diagnosen vara fastställd av läkare med specialistkompetens och övriga krav för utbetalning uppfyllts.

Om begränsning gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Medicinsk invaliditet (B3.a4n)

Vissa diagnoser är undantagna från ersättning vid medicinsk invaliditet om sådant undantag avtalats i gruppavtalet.

Villkoren för utbetalning av Medicinsk invaliditet (B3.a4n) är samma som Medicinsk invaliditet (B3.a2n) med följande avvikelse:

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas ingen ersättning för medicinsk invaliditet.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se Ordlista.

Om undantaget gäller framgår det av försäkringsbeskedet

Ekonomisk invaliditet (B3.b2n)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna eller begränsade i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

I dessa fall se nedan under rubrik, Ekonomisk invaliditet (B3.b3n) och Ekonomisk invaliditet (B3.b4n).

Med ekonomisk invaliditet menas ett tillstånd som ger, eller kan förväntas ge, minskad möjlighet till förvärvsintkomst.

Rätt till ersättning

För rätt till ersättning ska:

1. Den ekonomiska invaliditeten vara en direkt följd av en olycksfallsskada och/eller sjukdom som
 - dels omfattas av försäkringen,
 - dels lett till en bestående medicinsk invaliditet.
2. Försäkringskassan ha beviljat
 - vårdbidrag för den försäkrade till minst 75 procent från och med tio års ålder i minst 5 år och/eller aktivitetsersättning till minst 50 procent under minst fem år.

Ovanstående villkor ska vara uppfyllda före utgången av det år den försäkrade fyller 30 år.

Ersättning kan utbetalas tidigast när den försäkrade fyllt 15 år. Femårsperioden anses påbörjad första gången som Försäkringskassan beviljat minst 75 procent vårdbidrag för den försäkrade från och med 10 års ålder eller den försäkrade beviljats minst 50 procent aktivitetsersättning. Perioder av minst 75 procent vårdbidrag och minst 50 procent aktivitetsersättning kan läggas samman till en femårsperiod.

Om aktivitetsersättning övergår i sjukersättning till minst 50 procent, innan fem år av aktivitetsersättning passerat, utbetalas ersättning med den nivå som ger rätt till ersättning enligt ovan. Utbetalning görs om förutsättningarna för ersättning är uppfyllda senast innan utgången av det år den försäkrade fyller 30 år.

Om vårdbidraget eller aktivitetsersättningen även avser sjukdom eller skada som inte är ersättningsberättigande beräknas ersättningen efter den nivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett den ersättningsberättigande skadan/sjukdomen. En förutsättning för ersättning är att den ersättningsberättigande delen av vårdbidraget uppgår till minst 75 procent och/eller den ersättningsberättigande delen av aktivitetsersättningen uppgår till minst 50 procent.

Om den försäkrade vid skadetillfället, eller när sjukdomen visade sig, har partiell aktivitetsersättning eller om det finns partiellt vårdbidrag för den försäkrade, kan ersättning lämnas med högst den del som motsvarar en eventuell höjning av vårdbidraget eller aktivitetsersättningen om det utökade vårdbidraget eller aktivitetsersättningen beror på ersättningsberättigande skada eller sjukdom. Höjningen ska uppfylla de krav som angivits ovan under rätt till ersättning vid ekonomisk invaliditet.

Ersättning för medicinsk invaliditet påverkar inte storleken på ersättning för ekonomisk invaliditet.

Ersättningens storlek

Under förutsättning att nedsättningen av arbetsförmågan enbart beror på en ersättningsberättigande olycksfallsskada och/eller sjukdom, lämnas ersättning med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot graden av ersättningen från vårdbidraget eller aktivitetsersättningen. Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Om storleken varierat på ersättningen från vårdbidrag och/eller aktivitetsersättning/sjukersättning under femårsperioden, beräknas ersättning efter den grad som varit övervägande under de tre åren närmast utbetalningsdagen.

Ersättning beräknas på det försäkringsbelopp som gäller för det försäkrade barnet vid försäkringsfallet. Om försäkringsbeloppet anges i prisbasbelopp så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ytterligare ersättning

Ytterligare ersättning för ekonomisk invaliditet kan endast utbetalas om den försäkrade på grund av en ersättningsberättigande olycksfallsskada eller sjukdom som omfattas av försäkringen, efter utbetalning av ekonomisk invaliditet till 50 eller 75 procent, får höjd nivå på vårdbidraget eller aktivitetsersättningen under en sammanhängande tid av minst två år. Vid ytterligare utbetalning av ekonomisk invaliditet avräknas den procentuella graden av invaliditet som tidigare utbetalats. Till exempel: Försäkrad som tidigare uppfyllt kraven för att få 50 procent ekonomisk invaliditet utbetald beviljas 100 procent aktivitetsersättning under två år. Ytterligare 50 procent ekonomisk invaliditet kan då betalas ut.

Försäkringen kan under försäkringstiden aldrig lämna högre ersättning för ekonomisk invaliditet än 100 procent av försäkringsbeloppet.

Har 100 procent ekonomisk invaliditet betalats ut kan inte ytterligare ersättning för ekonomisk invaliditet lämnas från försäkringen. Utbetalning görs om förutsättningarna för ersättning är uppfyllda senast innan utgången av det år den försäkrade fyller 30 år.

Ekonomisk invaliditet (B3.b3n) med begränsning vid vissa diagnoser vid ekonomisk invaliditet om sådana begränsningar avtalats i gruppavtalet.

Villkoren för utbetalning av Ekonomisk invaliditet (B3.b3n) är samma som Ekonomisk invaliditet (B3.a2n) med följande avvikelse.

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar och uppfyller villkoren för utbetalning av ekonomisk invaliditet lämnas ersättning för ekonomisk invaliditet med högst tio procent av det försäkringsbelopp för invaliditet som det försäkrade barnet omfattas av. Ersättning lämnas endast för en av de här angivna diagnoserna även om den försäkrade diagnostiseras med flera under försäkringstiden.

Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD. Beträffande ICD-koder, se ordlista. Sjukdomen måste ha visat sig under försäkringstiden. För rätt till ersättning ska diagnosen vara fastställd av läkare med specialistkompetens och övriga krav för utbetalning vara uppfyllda.

Om begränsning gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Om försäkrad som fått ersättning för ekonomisk invaliditet på grund av psykisk sjukdom eller beteendestörning (diagnoskoder F00 – F99) enligt ovan och senare under försäkringstiden på grund av annan ersättningsberättigande sjukdom eller olycksfall uppfyller kraven för ersättning av ekonomisk invaliditet till 100 procent avräknas den ersättning som tidigare utbetalats på grund av psykisk sjukdom eller beteendestörning.

Om den försäkrade fått rätt till ersättning på grund av psykisk diagnos eller beteendestörning och den försäkrade därefter drabbas av annan sjukdom eller olycksfall kan Förenade Liv göra en egen bedömning av hur stor del av aktivitetserättningen/vårdbidraget som beror på den nya skadan. Den nya sjukdomen/olycksfallet måste uppfylla kraven för rätt till ersättning för att ersättning ska kunna utbetalas.

Ekonomisk invaliditet (B3.b4n)

Vissa diagnoser är undantagna från ersättning vid ekonomisk invaliditet om sådant undantag avtalats i gruppavtalet.

Villkoren för utbetalning av Ekonomisk invaliditet (B3.b4n) är samma som Ekonomisk invaliditet (B3.b2n) med följande avvikelse.

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se ordlista. Om undantaget gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Om den försäkrade beviljats vårdbidrag eller aktivitetserättning på grund av psykisk diagnos eller beteendestörning och den försäkrade därefter drabbas av annan sjukdom eller olycksfall kan Förenade Liv göra en egen bedömning av hur stor del av aktivitetserättningen/vårdbidraget som beror på den nya skadan. Den nya sjukdomen/olycksfallet måste uppfylla kraven för rätt till ersättning för att ersättning ska kunna utbetalas.

13 Produktvillkor Barnförsäkring (B) Olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring för barn och ungdom

13.1 Giltighet – Barnförsäkringen

Barnförsäkring kan endast tecknas av gruppmedlem och gäller för gruppmedlemmens arvsberättigade barn samt familjehemsplacerat barn (se Begreppsförklaringar). Gruppmedlems makes/makas/sambos barn (även familjehems-placerat barn) är försäkrade under förutsättning att barnen är stadigvarande bosatta på samma adress som gruppmedlemmen.

Utländskt barn, som gruppmedlemmen avser att adoptera, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att medgivande enligt socialförsäkringsbalken föreligger. Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast efter 1 år från det barnet kom till Sverige.

Försäkringen gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år. Upphör gruppmedlems gruppförsäkring dessförinnan, upphör också barnets försäkring att gälla.

Försäkringstagaren ska anmäla till Förenade Liv när yngsta barnet uppnått ovanstående ålder så att försäkringen kan avregistreras. Försäkringen gäller dygnet runt.

Olycksfallsförsäkring (BO)

Vad menas med olycksfallsskada?

En olycksfallsskada är en kroppsskada som barnet drabbas av genom en oförutsedd plötslig yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall). Psykiska skador/besvär betraktas inte som kroppsskada.

Med olycksfallsskada jämställs kroppsskada som uppkommit genom förfrysning, värmeslag eller solsting. Den dag sådan skada visade sig anses då vara tidpunkten för olycksfallsskadan. Vridvåld mot knä samt avsliten hälsena betraktas också som olycksfallsskada även om kriterierna som kännetecknar ett olycksfall (se ovan) inte är uppfyllda. Infektion på grund av insektsstick eller liknande kan ersättas som olycksfallsskada.

Samband mellan kroppsskada och någon av de ovan angivna skadevällande orsakerna ska anses föreligga om det är klart mera sannolikt än att samband inte föreligger.

Som olycksfallsskada räknas inte kroppsskada som uppkommit genom

- överansträngning eller ensidig rörelse (förslitningsskada)
- smitta genom bakterier eller virus eller annat smittämne, ej heller smitta eller förgiftning genom intagande av mat eller dryck eller överkänslighetsreaktion
- användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte föranletts av olycksfallsskada som omfattas av denna försäkring

- kärnexplosion eller radioaktiv strålning (atomkärnreaktion) som har samband med militär verksamhet i vilken barnet deltar
- frivilligt orsakad kroppsskada.

Om barnet begår självmord eller får en kroppsskada vid ett självmordsförsök, räknas detta dock som ett olycksfall enligt denna försäkring.

13.2 Omfattning Barnförsäkring

Följande delar kan ingå i barnförsäkringen. *Vilka delar som ingår framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.*

Ersättning för kostnader	B1.1
Läkekostnader	B1.a1
Tandskadekostnader	B1.c1
Resekostnader	B1.d1
Merkostnader	B1.m1
Krisförsäkring	B1.k1
Rehabiliteringskostnader och	
Handikaphjälpmedel	B1.r1
Handikaphjälpmedel	B1.r2
Ersättning vid invaliditet	B3.1
Medicinsk invaliditet	B3.a1
Ekonomisk invaliditet	B3.b1
Ersättning vid dödsfall	B2.d
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet BT	

Om det anges särskilt i gruppavtalet, ingår också ersättning för nära anhörigs merkostnader vid sjukhusvård.

Försäkringen lämnar ersättning endast för direkta följder av olycksfallsskada som kräver läkarvård och som inträffar under försäkringstiden. Om barnets hälsotillstånd försämrats efter olycksfallet beroende på ett kroppsfel som antingen redan fanns vid olycksfallet eller som tillstött senare utan samband med olycksfallsskadan, lämnas ingen ersättning för kostnader och invaliditet eller dödsfall som försämringen medfört.

Med kroppsfel avses sjukdom, sjuklig förändring, lyte och men.

För förlorad arbetsinkomst lämnas ingen ersättning.

13.3 Rätt till ersättning – barnförsäkring

Ersättning för kostnader (B1.1)

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader till följd av olycksfallet som inte ska ersättas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal, till exempel lämnas ingen ersättning för kostnader som täcks genom trafikskadelagen.

Om barnet inte är inskrivet i Försäkringskassan i Sverige, lämnas ersättning för de kostnader som skulle ha ersatts om barnet varit inskrivet. Kostnader ska kunna styrkas med originalkvitton eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting.

Vid olycksfall utanför hemorten och utomlands ska ersättning i första hand lämnas från separat reseförsäkring alternativt resemoment i hemförsäkring om sådan finns. Om försäkringen gäller med självrisk anges detta i gruppavtalet.

Om inte ersättningsbeloppet är uttryckt som ett schablonbelopp, lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader till följd av olycksfallet. Ersättning lämnas inte om ersättning lämnas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal. Detta innebär till exempel att ersättning inte lämnas för kostnader som har samband med arbetsskada/ arbetsjukdom, ansvars- eller trafikskada. Ersättning lämnas dock för eventuell självrisk vid arbetsskada.

Vid sjuk- och olycksfallsskada i utlandet är ersättningen begränsad till åtta procent av prisbasbeloppet för kostnader som uppkommit utanför Sverige.

Läkekostnader (B1.a1)

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för läkarvård, sjukhusvård, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning.

Vid sjukhusvård ersätts den del av vårdkostnaderna som inte motsvarar inbesparade levnadskostnader (normal levnadskostnad är beräknad till 1,5 promille av prisbasbeloppet per dag det år värden ges). Ersättning lämnas under akut sjuktid och/eller under vistelse på rehabiliteringsklinik.

För vård eller behandling i Sverige lämnas ersättning endast om värden eller behandlingen ges inom den offentliga vården eller av legitimerad läkare eller annan som är uppförd på förteckning upprättad av Försäkringskassan eller som har vårdavtal med sjukvårdshuvudman.

Privat vård/operation och därmed sammanhängande vårdkostnader ersätts inte.

Ersättning lämnas också för behandlingskostnad för vård hos sjukgymnast eller annan behandling under förutsättning att behandlingen sker efter remiss av legitimerad läkare som är uppförd på förteckning upprättad av Försäkringskassan eller har vårdavtal med sjukvårdshuvudman. Finns remiss till sjukgymnast men barnet väljer annan behandling, ersätts denna med vad som motsvarar patientavgiften vid sjukgymnast i offentlig vård.

För vård eller behandling utomlands lämnas ersättning endast om olycksfallet inträffat utomlands och värden och behandlingen sker innan barnets ursprungligt planerade vistelse utomlands upphört.

Ersättning för läkekostnader lämnas längst i 5 år från skadetillfället. Ersättning lämnas inte sedan definitiv medicinsk invaliditetsersättning utbetalats.

Tandskadekostnader (B1.c1)

Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts endast en slutbehandling/permanentbehandling per skada.

Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, äger Förenade Liv rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek.

Ersättning lämnas även för kostnader för nödvändiga resor för tandbehandling. Resekostnaden ersätts med högst den egenavgift för resor som anges i Socialförsäkringsbalken. Billigast möjliga färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället. Tandskada som uppkommit vid tuggning eller bitning anses inte som olycksfallsskada.

För den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, lämnas ersättning endast för den akuta behandlingen. Måste slutbehandling på grund av barnets ålder uppskjutas till senare tidpunkt, gäller följande. Den uppskjutna behandlingen måste slutföras innan barnet fyller 25 år eller inom fem år från skadedagen. Behandlingen måste på förhand godkännas av Förenade Liv.

Vid i Sverige uppkommet behov av tandbehandling kan nödvändiga kostnader ersättas endast för sådan behandling som helt eller delvis omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringens bestämmelser eller som på annat sätt finansieras av offentliga medel.

Resekostnader (B1.d1)

Ersättning lämnas för resekostnader i samband med vård och behandling som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning.

Måste särskilt transportmedel anlitas för att barnet ska kunna utföra ordinarie yrkesarbete eller skolutbildning/ arbetsmarknadsutbildning, lämnas ersättning för merkostnader för resor mellan fast bostad och arbetsplatsen eller skolan. Merkostnader för resor mellan fast bostad och ordinarie arbetsplats/skola ska i första hand ersättas av arbetsgivaren/Försäkringskassan respektive kommun/ skolförsäkringen.

Ersättning lämnas för det billigaste färdstätt som hälsotillståndet medger. Behovet måste styrkas av legitimerad läkare. För resa med privatbil som kostnadsfritt lånats, tjänstebil, förmånsbil etc där kostnad ej uppkommit lämnas ingen ersättning. Ersättning för resekostnader lämnas längst i fem år från skadetillfället. Ersättning lämnas inte sedan definitiv medicinsk invaliditetsersättning utbetalats.

Merkostnader (B1.m1)

Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av läkare, lämnas ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler för nödvändiga och oundvikliga kostnader

som olycksfallsskadan medfört under den akuta sjukdomstiden.

Ersättning kan också lämnas för kläder samt andra normalt bärbara personliga tillhörigheter (glasögon, armbandsur, slät vigselring) som skadats vid olycksfallet.

Ersättning lämnas högst med det belopp som är angivet i försäkringsbeskedet.

Är försäkringsbeloppet angivet i prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gällde när olycksfallet inträffade.

Ersättning lämnas inte för sådana kostnader som anges under Läkekostnader B1.a1 och Resekostnader B1.d1.

Nära anhörigs merkostnader vid sjukhusvård

Om olycksfallet medför sjukhusvård en längre period än sju dagar och barnets skada är sådan att en nära anhörig måste vara närvarande, så får den nära anhörige ersättning med högst det belopp som är angivet i gruppavtalet för sina nödvändiga och skäligen merkostnader för närvaron. Att närvaron är nödvändig ska styrkas av legitimerad läkare. Ersättning lämnas under högst sex månader.

Krisförsäkring (B1.k1)

Av gruppavtalet framgår om krisförsäkring ingår eller inte. Har den försäkrade på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av

- ersättningsbar olycksfallsskada
- nära anhörigs (förälder, syskon, mor-/farförälder, make/maka, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- allvarliga relationsproblem
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som *polisanmälts*
- våldtäkt eller andra sexualbrott
- våld i familjen
- myndigs ofrivilliga arbetslöshet som varat 6 månader eller längre

och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för behandling avseende korttidsterapi. Terapin är begränsad till 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut. *Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv.*

Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än 5 år efter händelsen.

Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egenkap av privatperson. Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

Försäkringen gäller även för skada som försäkrad tillfogas av annan familjemedlem. Med familjemedlem av-

ses försäkrads förälder, syskon, mor-/farförälder, make/maka, sambo samt barn.

Har det försäkrade barnet avlidit eller drabbats av händelse som anges i krisförsäkringen och detta leder till att det försäkrade barnets mamma, pappa, make/maka, sambo eller syskon behöver akut krishjälp ersätter försäkringen totalt sammanlagt, för angivna familjemedlemmar, högst tio behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än fem år efter händelsen.

Rehabiliteringskostnader och handikapphjälpmedel (B1.r1)

Om olycksfallsskada medfört behov av rehabilitering eller särskilda hjälpmedel under försäkringstiden, lämnas ersättning för skäliga kostnader härför. *Kostnaderna ska ha uppkommit efter den akuta behandlingstiden och på förhand godkänts av Förenade Liv.* Ersättning lämnas inte om behovet av rehabilitering uppstått genom olycksfall i arbetet eller skadlig inverkan i detta.

Med rehabilitering menas i dessa villkor sådan vård, behandling, träning och omskolning som kan behövas för att barnet ska återfå bästa möjliga funktionsförmåga och kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Behandling syftande till att upprätthålla funktionsförmåga som förvärvats efter olycksfallet (underhållsbehandling) är inte heller rehabilitering. Rehabiliteringen ska dessutom vara begränsad i tiden till dess att ingen ytterligare väsentlig medicinsk förbättring kan påräknas.

Ersättning kan lämnas för kostnader för

- vård och behandling som behandlande legitimerad läkare remitterat barnet till (Förenade Liv ska ta del av remissen innan behandlingen påbörjas)
- arbetsprövning, arbetsträning och omskolning
- hjälpmedel till exempel i bostaden eller i bilen, som kan lindra ett invaliditetstillstånd eller öka rörelseförmågan. Kostnad för standardhöjning ersätts dock inte.

Ersättning för rehabilitering utomlands lämnas endast i det fall svensk sjukvårdshuvudman godkänt och till huvudsaklig del finansierar behandlingen.

För varje skadefall lämnas ersättning med högst det belopp som är angivet i gruppavtalet. Anges beloppet i antal prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gäller när rehabiliteringen påbörjas. Anges inget belopp i gruppavtalet, är högsta ersättning 2 prisbasbelopp.

Handikapphjälpmedel (B1.r2)

Ersättning kan lämnas för ortopedtekniska handikapphjälpmedel under förutsättning att

- olycksfallsskadan medfört fastställd invaliditet och hjälpmedelsbehovet är fastställt av legitimerad läkare och

- kostnaderna uppkommit inom fem år från skadedagen. *Kostnaderna ska på förhand godkännas av Förenade Liv.*

För varje skadefall lämnas ersättning med högst det belopp som är angivet i gruppavtalet. Anges beloppet i antal prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gäller när hjälpmedelsbehovet fastställs. Anges inget belopp i gruppavtalet, är högsta ersättning 2 prisbasbelopp.

Ersättning vid invaliditet (B3.1)

Vid bedömning av invaliditetsgraden skiljer man mellan medicinsk och ekonomisk invaliditet. Ersättning kan aldrig lämnas för både medicinsk och ekonomisk invaliditet.

Medicinsk invaliditet (B3.a1)

Medicinsk invaliditet är den fysiska eller psykiska funktionsnedsättning som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen.

Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara en direkt följd av olycksfallsskada som omfattas av försäkringen. Som medicinsk invaliditet räknas även bestående värk, förlust av inre organ eller förlust av sinnesfunktion. Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av legitimerad läkare, kan ersättning även lämnas om olycksfallsskadan medfört vanprydande ärr eller kosmetisk defekt.

Kan förlorad kroppsdel ersättas av protes, bestäms invaliditetsgraden även med beaktande av protesfunktionen.

Ersättning lämnas när nedsättningen objektivt kan fastställas och tillståndet är stationärt.

En förutsättning för rätt till ersättning är att olycksfallsskadan inom tre år från olycksfallet medfört någon mätbar invaliditet. Slutbedömning ska dock göras först när invaliditetsgraden är definitivt fastställd och senast inom 5 år från skadedagen.

Om olycksfallsskadan medfört skador på flera kroppsdelar, så att den totala invaliditetsgraden överstiger 100 procent, maximeras ersättningen till den som skulle betalas ut vid 100-procentig invaliditet.

Bestämning av invaliditetsgraden sker med ledning av vid varje utbetalningstillfälle gällande tabell, fastställd av Förenade Liv.

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet är det belopp som avtalats i gruppavtalet och framgår av detta. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden.

Innan den medicinska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten.

Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Vid dödsfall innan slutreglering skett utbetalas till barnets dödsbo det belopp som svarar mot den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom ett år från skadedagen.

Ekonomisk invaliditet (B3.b1)

Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga som är en direkt följd av olycksfallsskadan. Arbetsförmågan anses bestående nedsatt när samtliga möjligheter till arbete i annat yrke prövats.

Förutsättningar för att rätten till ersättning för ekonomisk invaliditet ska prövas är

- att Försäkringskassan beviljat minst halv aktivitetsersättning enligt Socialförsäkringsbalken,
- att olycksfallsskadan medfört en fastställd medicinsk invaliditetsgrad, samt
- att Förenade Liv bedömer arbetsoförmågan som varaktig.

När olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av barnets arbetsförmåga med minst 50 procent enligt Förenade Livs bedömning utbetalas invaliditetsersättning, dock tidigast vid 19 års ålder.

Bestämningen av invaliditetsgraden sker med ledning av den förlust av arbetsförmågan som olycksfallsskadan medfört. Olycksfallsskadan ska dessutom innan den ekonomiska invaliditeten har inträtt och inom 3 år från skadedagen ha medfört medicinsk invaliditet.

Om barnet vid skadetillfället uppbar partiell tidsbegränsad sjukersättning, eller partiell sjukersättning, eller partiell aktivitetsersättning, lämnas högst så stor ekonomisk invaliditetsersättning som svarar mot förlusten av restarbetsförmågan. Om barnet vid skadetillfället uppbar hel tidsbegränsad sjukersättning, eller hel sjukersättning, eller hel aktivitetsersättning, lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet är det belopp som avtalats i gruppavtalet och framgår av detta. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden.

Vid olycksfallsskada som medför ekonomisk invaliditet utbetalas i stället ersättning beräknad efter den medicinska invaliditetsgraden om det leder till högre utbetalning. *Ersättning kan aldrig lämnas för både medicinsk och ekonomisk invaliditet.*

Slutreglering av skadan görs först när den ekonomiska invaliditeten är fastställd. Dessförinnan kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska svara

mot den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Vid dödsfall innan slutreglering skett utbetalas till dödsboet det belopp som svarar mot den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom ett år från skadedagen.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att barnets kroppsfunction väsentligt försämras eller att barnet förlorar ytterligare arbetsförmåga efter det att Förenade Liv tagit slutlig ställning till barnets rätt till ersättning med anledning av olycksfallet, har barnet rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

Ersättning vid dödsfall (B2.d)

Om barnet avlider på grund av olycksfallsskada inom 3 år från olycksfallet, utbetalas ersättning med det belopp som anges i gruppavtalet. Ersättningen betalas ut till barnets dödsbo – utom när det är fråga om ett barn som var på väg att adopteras (se andra stycket under "Barnförsäkringens giltighet", i början av detta kapitel); då betalas beloppet ut till gruppmedlemmen. Om gruppavtalet anger beloppet i antal prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut. Anges inget försäkringsbelopp i gruppavtalet, så är försäkringsbeloppet 0,5 prisbasbelopp.

Sjukförsäkring (BS)

Vad menas med sjukdom?

Med sjukdom menas en sådan skedd försämring av hälsotillståndet som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt villkor för barnolycksfallsförsäkringen. Med sjukdom avses dock inte frivilligt orsakad kroppsskada.

Sjukdomen anses ha visat sig den dag första sjukvårdskontakt togs med anledning av ifrågavarande sjukdom eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.

Omfattning

Följande delar ingår om det inte framgår något annat av gruppavtalet och försäkringsbeskedet:

Ersättning vid invaliditet	BS3
Kostnadsbidrag	B1.e1
Ersättning vid dödsfall	B2.d1
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet	BT

Försäkringen lämnar ersättning endast för följder av sjukdom. Ersättning lämnas inte för följder av sjukdom, kroppsfel eller psykisk utvecklingsstörning som visat symtom innan Förenade Livs ansvarighet inträtt eller av olycksfall som inträffat innan Förenade Livs ansvarighet inträtt.

Ersättning lämnas inte heller för direkta följder av sjukdom, kroppsfel eller psykisk utvecklingsstörning där åkomsten eller anlag till åkomsten enligt medicinsk erfarenhet sannolikt funnits sedan födseln, men symtomen visat sig först sedan försäkringen tecknats. Bland andra anses i dessa villkor följande åkommor ha funnits sedan födseln:

- barndomspsykos, till exempel infantil autism F00-F99*
- hyperkinetiska syndrom i barndomen, till exempel DAMP och MBD F00-F99*
- speciella störningar i utvecklingen, till exempel dyslexi, dyskalkuli, försenad tal- och språkutveckling, försenad motorisk utveckling F00-F99*
- andra utvecklingsstörningar, till exempel Aspergers syndrom och Retts syndrom F00-F99*
- psykiska utvecklingsstörningar, F00-F99*
- degenerativa hjärnsjukdomar, vanligen manifesterade i barndomen, E00-E99
- cerebral pares, G80
- ärftlig och idiopatisk perifer neuropati (sjukdom i perifer nerv, ärftlig och av okänd orsak), G60
- muskeldystrofi och andra muskelsjukdomar, G71
- spina bifida, Q05
- missbildningar av öga, Q13
- missbildningar av öra, ansikte, hals Q10-Q18
- missbildningar vid hjärtats anläggning och hjärtskiljeväggens slutning, Q21
- andra hjärtmissbildningar, till exempel klaffmissbildning och rytmrubbningar, Q24
- andra missbildningar av cirkulationsorganen, till exempel förträngning av stora kroppspulsådern, Q23
- missbildningar av andningsorganen, till exempel kvarstående gälfickor, Q34
- kluven gom och kluven läpp, Q35-Q37
- andra missbildningar av övre delen av matsmältningskanalen, till exempel förträngning av magmun eller tunntarm, Q38-Q45.

*Koderna som anges refererar till ICD-10 (International Classification of Diseases-10:onde revisionen av den svenska versionen) som används för klassificering av sjukdomar.

Ersättning vid invaliditet (BS3)

Förutsättning för ersättning är dels att sjukdomen debuterar när försäkringen är i kraft, dels att sjukdomen orsakar medicinsk eller ekonomisk invaliditet inom tre år från debuten.

Den definitiva invaliditetsgraden ska fastställas snarast möjligt. Fastställelsen kan dock uppskjutas så länge denna enligt medicinsk erfarenhet eller med hänsyn till föreliggande rehabiliteringsmöjligheter är nödvändig. Vid bedömning av invaliditetsgraden skiljer man mellan medicinsk och ekonomisk invaliditet.

Medicinsk invaliditet

Medicinsk invaliditet är en bestående nedsättning av barnets kroppsfunktion. Till grund för bestämning av invaliditetsgraden läggs sådana av sjukdomen föranledda skador och symtom som objektivt kan fastställas.

Ersättning lämnas för följande skador:

- a) skador på centrala nervsystemet medförande handikapp av rörelse- och känselfunktioner som till exempel olika smärttillstånd, talsvårigheter samt kraftnedsättning och andra rubbningar av muskelfunktioner
- b) skador på centrala nervsystemet medförande epilepsi
- c) skador på ryggmärgen medförande förlamningar av extremiteter och förändringar av blåsfunktionen
- d) övriga skador på centrala nervsystemet under förutsättning att invaliditetsgraden uppgår till minst 50 procent
- e) skador på sinnesorganen medförande synskador, hörselskador, balansrubbningar
- f) hals- och bålskador
- g) skador på armar och ben
- h) övriga skador som kräver livsvarig behandling.

Invaliditetsgraden för skador enligt punkt a) – g) bestäms enligt av Förenade Liv fastställd tabell och endast sådana invaliditeter som upptagits i tabellverket beaktas. Den ersättningsberättigade invaliditetsgraden enligt punkt h) beräknas till maximalt 15 procent.

Som medicinsk invaliditet räknas även bestående värk, förlust av inre organ eller sinnesfunktion.

Kan förlorad kroppsdel ersättas av protes, bestäms invaliditetsgraden även med beaktande av protesfunktionen.

Har det genom samma sjukdom uppkommit skador på flera kroppsdelar så att den totala invaliditetsgraden överstiger 100 procent, maximeras ersättningen till den som skulle betalas ut vid 100-procentig invaliditet.

Ersättning betalas ut när den definitiva invaliditetsgraden kan fastställas.

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet är det som anges i gruppavtalet. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som motsvarar invaliditetsgraden.

Innan den medicinska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska motsvara den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när invaliditetsgraden har fastställts.

Ekonomisk invaliditet

Ekonomisk invaliditet är en för framtiden bestående nedsättning med minst 50 procent av barnets förmåga att vid vuxen ålder skaffa sig inkomst av arbete. Avseende ska här endast fästas vid nedsättning av sådan arbetsförmåga som barnet sannolikt skulle ha utnyttjat om den inte förlorats. Till grund för bestämning av den ekonomiska invaliditetsgraden läggs sådana skador och symtom som objektivt kan fastställas.

Ersättning betalas ut när den definitiva graden av ekonomisk invaliditet som en direkt följd av sjukdom som omfattas av försäkringen kan fastställas till minst 50 procent enligt Förenade Livs bedömning. Förutsättningar för att rätten till ersättning ska prövas är

- att Försäkringskassan har beviljat minst halv aktivitetsersättning.
- att sjukdomen medfört en medicinsk invaliditetsgrad på minst åtta procent, samt
- att Förenade Liv bedömer arbetsförmågan som varaktig.

Har invaliditetsersättning på grund av medicinsk invaliditet tidigare utbetalats ska den ersättning som avser ekonomisk invaliditet minskas i motsvarande grad.

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet är det som är angivet i gruppavtalet. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som motsvarar invaliditetsgraden.

Innan den ekonomiska invaliditeten är fastställd kan förskott på invaliditetsersättningen betalas ut. Förskottet ska motsvara den lägsta förväntade medicinska invaliditeten. Sådant förskott, uttryckt i kronor, avräknas från den ersättning som ska betalas ut när graden av ekonomisk invaliditet är fastställd.

Om barnet vid skadetillfället uppbar partiell aktivitetsersättning, lämnas högst så stor ekonomisk aktivitetsersättning som svarar mot förlusten av restarbetsförmågan.

Om barnet vid skadetillfället uppbar hel aktivitetsersättning, lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet. Vid dödsfall innan slutreglering skett utbetalas till dödsboet det belopp som svarar mot den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom ett år från skadedagen.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om sjukdom medför att barnets kroppsfunction väsentligt försämras eller att barnet förlorar ytterligare arbetsförmåga efter det att Förenade Liv tagit slutlig ställning till barnets rätt till ersättning med anledning av sjukdomen, har barnet rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

Omprövning medges om barnet senast inom tio år från det sjukdomen debuterade till Förenade Liv skriftligen anmäler sitt önskemål om omprövning och samtidigt lämnar uppgift om de omständigheter som enligt ovan kan medföra rätt till omprövning.

Kostnadsbidrag (B1.e1)

Rätt till kostnadsbidrag uppkommer om barnet under tid då försäkringen är i kraft men före 17 års ålder drabbas av hel, halv eller kvarts arbetsförmåga som är orsakad av sjukdom och denna hela eller partiella arbetsförmåga beräknas pågå utan avbrott i ett år. Rätten kvarstår därefter så länge sådan arbetsförmåga varar utan avbrott, dock längst till dess barnet fyller 18 år. Med arbetsförmåga hos barn avses oförmåga att utöva för åldern normal verksamhet.

Helt kostnadsbidrag utbetalas vid hel arbetsförmåga. Vid halv eller kvarts arbetsförmåga utbetalas halvt respektive kvarts kostnadsbidrag.

Kostnadsbidrag utbetalas månadsvis i efterskott till vårdnadshavare. Ersättningen är till sin storlek bestämd i förhållande till det försäkringsbelopp som angivits i gruppavtalet.

Ersättning vid dödsfall (B2.d1)

Om barnet avlider på grund av sjukdom medan försäkringen är i kraft, utbetalas ersättning med det belopp som anges i gruppavtalet. Ersättningen betalas ut till barnets dödsbo.

Om gruppavtalet anger beloppet i antal prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut. Anges inget försäkringsbelopp i gruppavtalet, är försäkringsbeloppet 0,5 prisbasbelopp.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (BT)

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet kan ge ersättning vid invaliditet till följd av olycksfall eller sjukdom som inträffar under försäkringstiden.

Villkoren för utbetalning av höjt försäkringsbelopp vid invaliditet är samma som under "Ersättning vid invaliditet".

14 Produktvillkor Sjukvårdsförsäkring

För försäkrad som tecknat produktpaket Bas, Plus och Max, gäller vad som anges under 14.3 Om inte dessa produktpaket tecknats gäller nedanstående.

Vid frågor till Förenade Livs vådrådgivning kontakta vådrådgivningen på telefon 0771-90 64 70.

Vid frågor om försäkringsavtalet, riskbedömning och skadereglering kontakta Förenade Liv på telefon 08-700 40 80.

Obligatoriska moment

- Vårdgaranti
- Vådrådgivning
- Vårdplanering
- Läkarvård
- Sjukhusvård och operation

Valbara moment

- Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet
- Resor och logi
- Eftervård och rehabilitering
- Hjälpmedel
- Psykologstöd
- Hälsoprofil på webb
- Fysioterapeut/sjukgymnast, naprapat, kiropraktor
- Tandskada
- Läkemedel upp till högkostnadsskyddet
- Självriskeliminering vid akutvård utomlands
- Second Opinion
- Hälsoundersökning
- Hjälp i hemmet efter operation
- Dietist

- Försäkringen kan tecknas med eller utan remiss eller självrisk.
- Ansvarstiden är obegränsad upp till 65 år dock längst till gruppavtalets slutålder.
- Kostnadstaket är obegränsat.

Eventuell självrisk eller remisskrav samt vilka moment som ingår framgår av gruppavtal samt försäkringsbesked.

14.0 Vårdrådgivning och åtgärder vid skada

Vårdrådgivning

Den försäkrade får per telefon tillgång till medicinsk rådgivning av legitimerade sjuksköterskor. Förenade Livs vårdrådgivning kan nås på telefon 0771-90 64 70, vardagar kl. 08.00–21.00 och helger samt helgdagar kl. 08.00–17.00.

Åtgärder vid skada

Den försäkrade ska vid inträffat skadefall samt all fortsatt vårdplanering kontakta Förenade Livs vårdrådgivning, (se ovan).

Anmälan ska därefter alltid göras skriftligen till Förenade Liv så snart detta är möjligt. Innan behandling sker eller innan resa för behandling på sjukhus påbörjas ska Förenade Livs vårdrådgivning kontaktas för godkännande.

Den försäkrade ska tillhandahålla de upplysningar och intyg som Förenade Liv begär och som bedöms som nödvändiga för att fastställa rätten till ersättning och fortsatt behandling.

Kostnaden för av Förenade Liv begärda intyg och undersökningar ersätts av Förenade Liv.

Eventuell översättning av handlingar till svenska bekostas av den försäkrade.

Anspråk på ersättning ska styrkas med originalkvitton och skickas till Förenade Liv tillsammans med skadeanmälan.

Förenade Liv ska i förväg ha godkänt vården. Godkänd kostnad kan faktureras Förenade Liv direkt av vårdgivaren.

Medgivande för Förenade Liv att för bedömning av Förenade Livs ansvar inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, Skatteverket eller arbetsgivare ska lämnas om Förenade Liv begär detta. Om medgivande inte lämnas har Förenade Liv rätt att avböja ersättning.

Var sjukvårdsförsäkringen gäller

Sjukvårdsförsäkringen gäller för vård i Sverige. Försäkringen gäller för fortsatt vård/behandling inom Sverige, även om vårdbehovet uppstått utanför Sverige. Har vårdbehovet uppstått utanför Sverige gäller försäkringen endast om försäkrad tillfälligt vistats utanför Sverige under högst 45 dagar, räknat från utresedagen.

14.1 Sjukvårdsförsäkring

14.1.1. Omfattning

Försäkringen ersätter vård och behandling som utförs av legitimerad vårdgivare vilken står under Socialstyrelsens

tillsyn. Självrisk eller remisskrav kan finnas. Detta framgår då av gruppavtalet samt försäkringsbeskedet.

Om försäkringen tecknats med krav på remiss ska vård och behandling ha föregåtts av en grundlig medicinsk utredning hos allmänläkare/företagsläkare som är verksam i Sverige.

Om försäkringen tecknats med självrisk framgår denna av gruppavtalet och försäkringsbeskedet och gäller då för varje försäkringsfall.

Försäkringen gäller för nödvändiga och skäliga kostnader för vård till följd av sjukdom eller olycksfallsskada om försäkringsfallet inträffat under försäkringstiden.

Har den försäkrade varit symtom- och behandlingsfri i minst två år för befintlig sjukdom eller olycksfall gäller dock försäkringen för det förnyade vårdbehovet.

Om den försäkrade fått försäkring efter ansökan och godkänd hälsodeklaration gäller försäkringen utan ovanstående krav.

14.1.2 Rätt till ersättning

Följande delar kan ingå i försäkringen. Vilka moment som ingår framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Dietist

Försäkringen ersätter kostnad för läkarordinerad konsultation hos auktoriserad dietist. Behandling på grund av övervikt ersätts inte. Försäkringen har begränsning i antal konsultationer. Denna begränsning framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Eftervård – rehabilitering

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för eftervård och rehabilitering som remitteras av läkare i samband med *ersättningsbar sjukhusvård eller operation* (se denna punkt).

Eftervården och rehabiliteringen ska ha föregåtts av medicinsk utredning från behandlande läkare. Den ska om möjligt förläggas till hemorten eller så nära denna som möjligt. Dock kan det ur behandlingssynpunkt vara angeläget att fortsatt behandling sker vid det sjukhus där den försäkrade vårdats.

Försäkringen ersätter maximalt en behandlingsperiod för varje försäkringsfall. En behandlingsperiod avser sex månader för varje försäkringsfall räknat från första behandlingstillfället.

Avser eftervården/rehabiliteringen behandling med övernattnings eller sjukgymnast gäller följande:

- om eftervården/rehabiliteringen avser behandling med övernattnings lämnar försäkringen ersättning i högst 21 dagar för varje försäkringsfall.
- om eftervården/rehabiliteringen avser sjukgymnastik lämnar försäkringen ersättning för högst det antal behandlingstillfällen per försäkringsfall som framgår av gruppavtal och försäkringsbesked.

Annat kan ha avtalats. Detta framgår då av gruppavtal samt försäkringsbesked. Ersättning lämnas endast för kostnader som godkänts i förväg av Förenade Liv.

Hjälp i hemmet efter operation

Försäkringen ger den försäkrade ersättning för nödvändiga och skäligen kostnader för hjälp i hemmet efter den försäkrades hemkomst från operation som ersätts inom ramen för försäkringen, om det medicinska tillståndet motiverar sådan hjälp. Med hjälp i hemmet avses hjälp med sysslor i hemmet som exempelvis handling eller städning.

Försäkringen ersätter skäligen kostnader för hjälp i hemmet under en sammanhängande period på maximalt 14 dagar räknat från dagen efter den försäkrades hemkomst, dock maximalt 20 timmars hjälp i hemmet per försäkringsfall. (Annat kan ha avtalats och framgår då av gruppavtal samt försäkringsbesked) I de angivna timmarna ingår även eventuella resekostnader. Förenade Liv avgör vad som i varje enskilt fall är att betrakta som skäligen kostnader. Behov och kostnader för hjälp i hemmet ska i förväg godkännas av Förenade Liv och utföras av ett företag som innehar F-skattsedel.

Hjälpmedel

Försäkringen ersätter kostnader för hjälpmedel som behandlande legitimerad läkare föreskrivit och som kan anses skäligen och nödvändigen för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning.

Hjälpmedel för stadigvarande bruk ersätts inte.

Hälsoprofil

Försäkringen omfattar en rätt att via webben testa sin hälsoprofil. För mer information kontakta Förenade Liv.

Hälsoundersökning

Försäkringen kan omfatta en hälsoundersökning vartannat år (se försäkringsbeskedet). Den första hälsoundersökningen kan utnyttjas under det andra försäkringsåret och därefter vartannat år. Om den försäkrade inte genomgår hälsoundersökningen så erhålls ingen kompensation eller återbetalning av inbetald premie. Undersökningen gäller utan eventuell självrisk eller remisskrav.

Läkarvård

Ersättning lämnas för kostnader i samband med undersökning, diagnostisering och behandling som utförs av läkare anvisad av Förenade Livs vådrådgivning.

Läkemedelskostnader

Försäkringen lämnar ersättning för egenavgiften upp till gränsen för högkostnadsskyddet för receptbelagd medicin som läkare föreskrivit i samband med ersättningsbart försäkringsfall.

Patientavgifter

Försäkringen lämnar ersättning för patientavgifter inom offentlig vård upp till gränsen för högkostnadsskyddet. Om försäkringen tecknats med remiss ersätts patientavgifter uppkomna efter erhållen remiss till specialistvård.

Psykolog

Försäkringen ersätter kostnad för behandling hos psykolog efter remiss från behandlande läkare. Remissen ska inte vara äldre än sex månader.

Försäkringen har begränsning i antal behandlingstillfällen. Denna begränsning framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Resor och logi

Försäkringen lämnar ersättning för den försäkrades nödvändigen och skäligen rese- och logikostnader som uppstår i samband med ersättningsbar behandling. Försäkringen kan även, då den försäkrade ska genomgå en större operation, lämna ersättning för nära anhörigen rese- och logikostnader. Gäller endast för en anhörig. Innan resan påbörjas ska Förenade Liv kontaktas för godkännande.

Second opinion

Second opinion innebär en möjlighet för den försäkrade att, i speciella fall, till exempel vid allvarlig diagnos eller behandling, få ytterligare en medicinsk bedömning av oberoende specialistläkare..

Förenade Liv förbehåller sig rätten att avgöra om den försäkrade har rätt till Second opinion.

Självriskeliminering vid akutvård utomlands

Vid försäkringsfall under försäkrads tillfälligen vistelse utomlands ersätter försäkringen självrisk avseende ersättning för kostnader för vård från annan försäkring (t ex hem- eller reseförsäkring) med högst 5 000 kr. Dessutom lämnas ersättning för kostnader för fortsatt vård i Sverige. Med tillfällig vistelse avses 45 dagar räknat från utresedagen från Sverige.

Fysioterapeut/sjukgymnast/naprapat/kiropraktor

Försäkringen ersätter behandlingar hos fysioterapeut/sjukgymnast, kiropraktor eller naprapat, som utövas av legitimerade vårdgivare och som står under Socialstyrelsens tillsyn om den behandlingsform som används är medicinskt motiverad samt remitterad av behandlande läkare. Remissen ska inte vara äldre än sex månader.

Försäkringen har begränsning i antal behandlingstillfällen. Denna begränsning framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Sjukhusvård och operation

Försäkringen ersätter kostnader i samband med:

- sjukhusvård

- operationsförberedande undersökningar
- operationer

Undersökning, operation, vård och behandling sker på privatsjukhus eller på annat sjukhus som ur behandlings-synpunkt är lämpligare. Rätten till operation och sjukhusvård inträder när medicinsk utredning är avslutad och behandlande läkare har utfärdat remiss om operation eller sjukhusvård.

Följdskada på tänder

Försäkringen ersätter behandling av tandskada som är en följd av behandling av ersättningsbart försäkringsfall för vilket ersättning kan utgå genom denna försäkring. Om det redan innan försäkringsfallet förelåg ett tandbehandlingsbehov, äger Förenade Liv rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek eller begränsa sina vårdkostnader.

Vårdgaranti

Förenade Liv garanterar att behandling av ersättningsbart försäkringsfall ska erbjudas inom viss tid från det att fullständigt medicinskt underlag har inkommit och den försäkrade har fullgjort sina skyldigheter. Vårdgarantin gäller endast vid det första tillfället som den försäkrade behöver vård och endast hos vårdgivare som Förenade Livs vådrådgivning anvisar.

Vårdgarantin gäller inte:

- om vård eller behandling måste senareläggas av medicinska skäl
- om den försäkrade inte accepterar erbjuden tid för vård eller behandling

Specialistvård

Förenade Liv garanterar att den försäkrade inom tre vardagar får kontakt med vårdgivare som anvisats av Förenade Livs vådrådgivning. (Under perioderna 1 juli till och med 15 augusti samt 24 december till och med 7 januari gäller 5 vardagar.)

Operation och sjukhusvård

Förenade Liv garanterar att den försäkrade blir inskriven för operation eller sjukhusvård inom 21 vardagar från det att rätten till operation och sjukhusvård har inträtt. Om vårdgarantin inte uppfylls betalar Förenade Liv 300 kronor per dag i maximalt 30 dagar fram till dagen för behandling.

Annan ersättning kan gälla och framgår då av gruppavtalet samt försäkringsbeskedet.

14.1.3 Begränsningar

Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning

Ansvarstiden är obegränsad fram till utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år. Annat kan ha

avtalats och framgår då av gruppavtal och försäkringsbesked. Försäkringen gäller dock längst till gruppavtalets slutålder.

Då den försäkrade uppnått försäkringens slutålder är ansvarstiden högst tolv månader för ett försäkringsfall som inträffat under försäkringstiden. Om försäkringen upphör eller lämnas obetald under försäkringstiden upphör dock ansvarstiden.

Ansvarstiden räknas från den dag försäkringsfallet inträffade. Sjukdom/besvär med medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall.

Användande av medicin, protes eller liknande hjälpmedel anses inte som behandlings- och symtomfri period.

Försäkringsersättningen är obegränsad.

Annat kan ha avtalats och framgår då av gruppavtal och försäkringsbesked.

Övriga begränsningar

Se kapitel 14.2 Vad Sjukvårdsförsäkringen inte gäller för.

14.2 Vad Sjukvårdsförsäkringen inte gäller för

Särskilda sjukdomar och diagnoser

- Sjukdom, eller olycksfallsskada som den försäkrade haft symtom från eller fått vård eller medicinering för innan försäkringen började gälla. Har den försäkrade varit symtom- och behandlingsfri i minst 2 år för befintlig sjukdom eller olycksfall gäller dock försäkringen för det förnyade vårdbehovet.
- Smärttillstånd i rygg, leder och muskler som saknar objektiva medicinska fynd (läkarvård/undersökning som erfordras för att konstatera att undantaget är tillämpligt ersätts, om undersökningen/kostnaden på förhand godkänts av Förenade Liv)
- Behandling/kontroll/utredning eller komplikationer i samband med graviditet, förlossning, abort, fertilitet eller sexuell dysfunktion
- Sådan sjukdom som omfattas av smittskyddslagen
- Sådan försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk i olika former, till exempel missbruk av alkohol, narkotiska medel, läkemedel, spelmissbruk, matmissbruk eller liknande
- Korrigering av syn- och brytningsfel i ögat
- Kontroll och behandling av övervikt och fetma
- Vård eller behandling av eller till följd av demenssjukdom
- Behandling av psykotiskt tillstånd
- Utredning och behandling av snarkning och sömnapné (andningsuppehåll under sömnen). Dock ersätts operation om den försäkrade diagnostiserats med måttlig till svår sömnapné.

- Klimakteriebesvär
- Undersökning/behandling av tänder. Tugg- och bitskador på tänder/tandprotes, karies, tandröta, tandlossning etc, som inte är en följd av annat ersättningsbart försäkringsfall kan aldrig ersättas.

Viss vård och vissa behandlingar

- Patientavgift hos privat vårdgivare som inte anvisats av Förenade Livs vådrådgivning
- Läkarvård som inte finns att tillgå i privat regi. Om den försäkrade i kontakt med vårdplaneringen blir hänvisad till den offentliga vården så står Förenade Liv för eventuell självrisk enligt gruppavtalet
- Läkarvård eller behandling då den försäkrade uteblivit från bokad behandlingstid debiteras den försäkrade. Avbokning ska ske till Förenade Livs vådrådgivning senast 24 timmar före inbokad behandlingstid.
- Läkarintyg som inte begärts av Förenade Liv
- Sjukdom eller olycksfallsskada till följd av att den försäkrade nyttjat alkohol, andra berusningsmedel, sömnmedel eller narkotiska preparat
- Massage
- Hälsoundersökning (kan ingå vartannat år om momentet tecknats. Detta framgår då av försäkringsbeskedet.)
- Förebyggande vård och behandling
- Akut sjukvård
- Kosmetiska behandlingar och operationer eller följder av dessa, (följd av ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada kan i vissa fall ersättas om det är medicinskt motiverat)
- Organtransplantationer
- Alternativa behandlingsformer som inte står under Socialstyrelsens tillsyn
- Hjälpmedel för stadigvarande bruk

Särskild riskfylld verksamhet

(där skadan har ett direkt samband med utövandet.)

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som uppkommit:

- vid sport/idrottsutövning/träning där den försäkrades utövning inbringar en inkomst/sponsring med mer än 0,5 prisbasbelopp per år
- vid elitidrott, d.v.s. idrott på mästerskapsnivå (näst högsta division eller högre) eller träning för detta
- när försäkrad deltagit i särskilt riskfylld verksamhet, såsom livvakt, stuntman, luftakrobat eller liknande verksamhet, arbete på oljeplattform

- när försäkrad varit förare, passagerare eller haft en annan funktion ombord vid militärflygning, yrkesmässig provflygning eller flygning som utförs av flygbolag som inte är koncessionerat i europeiskt land
- när försäkrad varit förare eller haft annan yrkesfunktion ombord vid ambulansflygning
- när försäkrad deltagit i expeditions- eller äventyrsverksamhet i enskild regi eller i grupp eller jämförbar utövning
- när försäkrad deltagit i klättring på berg, is, klippa, glaciär eller jämförbar utövning
- när försäkrad deltagit i dykning på större djup än 30 meter, ensamdykning, is-, vrak- eller grottdykning
- när försäkrad deltagit i tävling eller träning med motorfordon
- vid utövande av boxning eller annan kampsport där slag/sparkar eller motsvarande ingår
- som en direkt eller indirekt orsak av att den försäkrade använt prestationshöjande medel inklusive, men ej begränsat till, anabola steroider, stimulansmedel och kortikosteroider utan hänsyn till om dessa är föreskrivna av behörig läkare eller ej. Medicin föreskriven av läkare för specifik sjukdom omfattas ej av undantaget
- skada genom kärnexplosion eller radioaktiv strålning

Kostnader som ersätts från annat håll

Kostnader för sjukvård som ska ersättas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal, ersätts inte från denna försäkring. Exempel på försäkringar enligt ovan är trafikförsäkring, reseförsäkring, hemförsäkring, patientförsäkring och arbetsskadeförsäkring.

Framkallande av försäkringsfall

Om den försäkrade uppsåtligen har framkallat ett försäkringsfall, är Förenade Liv fri från ansvar. Om den försäkrade genom grov vårdslöshet framkallat ett försäkringsfall eller förvärrat dess följder kan försäkringsersättningen komma att sättas ned helt eller delvis.

Vid vistelse utomlands

- Försäkringen gäller inte för fortsatt vård i Sverige vid utlandsvistelse som varar längre än 45 dagar räknat från utresedagen.
- Utbryter krig eller politiska oroligheter medan den försäkrade 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 sjukdom eller olycksfallsskada ifall den försäkrade har deltagit i krig eller politiska oroligheter utanför Sverige. Försäkringen gäller inte

heller för sjukdom eller olycksfallsskada som inträffar inom ett år efter sådant deltagande och som kan anses vara en direkt eller indirekt följd av kriget eller de politiska oroligheterna.

- Försäkringen gäller inte vid utlandstjänstgöring.

Skador orsakade av atomkärnreaktion samt biologiska, kemiska och nukleära substanser

Försäkringarna gäller inte för försäkringsfall vars uppkomst eller omfattning har direkt eller indirekt samband med atomkärnreaktion. Försäkringarna gäller inte heller för försäkringsfall genom spridande av biologiska, kemiska eller nukleära substanser i samband med terrorhandling. Med terrorhandling avses en skadebringande handling som är straffbelagd där den begås eller där försäkringsfallet inträffar och som framstår att vara utförd i syfte att

- allvarligt skrämja en befolkning
- otillbörligt tvinga offentliga organ eller internationell organisation att genomföra eller avstå från att genomföra viss åtgärd eller
- allvarligt destabilisera eller förstöra de grundläggande politiska, konstitutionella, ekonomiska eller sociala strukturerna i ett land eller i en internationell organisation.

14.3 För försäkrad som tecknat sjukvårdsförsäkring Bas, Plus eller Max gäller vad som angivits nedan:

Bas	Plus	Max
<ul style="list-style-type: none"> • Vårdgaranti • Vårdrådgivning • Vårdplanering Läkarvård • Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet • Sjukhusvård och operation • Resor och logi • Eftervård och rehabilitering, sex månader, maximalt tio behandlingar • Hjälpmedel • Psykologstöd, maximalt tio behandlingar per försäkringsfall • Hälsoprofil på webb 	<ul style="list-style-type: none"> • Vårdgaranti • Vårdrådgivning • Vårdplanering Läkarvård • Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet • Sjukhusvård och operation • Resor och logi • Eftervård och rehabilitering, sex månader, maximalt tio behandlingar • Hjälpmedel • Psykologstöd, maximalt tio behandlingar per försäkringsfall • Hälsoprofil på webb 	<ul style="list-style-type: none"> • Självriskeliminering vid akutvård utomlands • Second Opinion • Hälsoundersökning
<ul style="list-style-type: none"> • Specialistvård efter remiss • Ansvarstid = obegränsad upp till 65 år därefter tolv månader • Självrisk = Nej • Slutålder = 65 år • Kostnadstak = 2 mkr per skada 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialistvård efter remiss eller självrisk • Ansvarstid = obegränsad upp till 70 år därefter tolv månader • Självrisk = 700 kr • Slutålder = 70 år* • Kostnadstak = 3 mkr per skada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vårdgaranti • Vårdrådgivning • Vårdplanering Läkarvård • Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet • Sjukhusvård och operation • Resor och logi • Eftervård och rehabilitering, sex månader, maximalt tio behandlingar • Hjälpmedel • Psykologstöd, maximalt tio behandlingar per försäkringsfall • Hälsoprofil på webb • Ansvarstid = obegränsad upp till 75 år därefter tolv månader • Självrisk = Nej • Slutålder = 75 år* • Kostnadstak = 6 mkr per skada

* dock längst till gruppavtalets slutålder

15 Produktvillkor för Kompanjonförsäkring

Villkorens gemensamma bestämmelser i kapitel 2 och allmänna begränsningar i kapitel 3 gäller i tillämpliga delar.

15.1 Inledande bestämmelser

Till grund för kompanjonförsäkringen ligger ett avtal (gruppavtal) mellan å ena sidan Förenade Liv och å andra sidan en bank eller annan penninginrättning (i dessa villkor kallad banken). En förutsättning för försäkringens giltighet är att gruppavtalet består.

15.2 Försäkringens utformning

Försäkringsberättigade

Försäkringen kan tecknas av företagsdelägare med konto i banken. Försäkringstagaren ska vara fysisk person.

Försäkringen tecknas på kompanjons liv. Även denne ska ha konto i banken. Högst fem kompanjoner i ett företag kan ingå i försäkringen. Inträde i försäkringen ska ske före 55 års ålder. Enskild person kan vara försäkrad i Förenade Livs kompanjonförsäkring endast genom ett företag och en bank.

Försäkringsbelopp

Försäkringen kan tecknas på valfritt helt antal prisbasbelopp, dock högst 25. Det sammanlagda försäkringsbeloppet per försäkrad får vara högst 25 prisbasbelopp.

Hälsokrav

För att kunna omfattas av försäkring enligt gruppavtalet krävs att den försäkrade lämnar en hälsodeklaration som godkänns av Förenade Liv.

Hälsodeklaration ska även lämnas vid höjning av försäkringsbeloppet.

När försäkringen upphör att gälla

Försäkringen upphör senast vid utgången av månaden då den försäkrade fyller 65 år. Försäkringen upphör dessförinnan vid utgången av den månad

- då gruppavtalet med banken upphör
- då den försäkrade utträder ur kompanjonförhållandet eller upphör att ha konto i banken
- då försäkringstagaren (ägaren) avlider eller utträder ur kompanjonförhållandet eller upphör att ha konto i banken.

Försäkringstiden kan inte förlängas genom fortsatt premiebetalning. Det åligger försäkringstagaren att snarast till Förenade Liv anmäla om den försäkrade inte längre omfattas av kompanjonförsäkringen. Anmäls inte detta, betalas högst de senaste tolv månadernas premie

tillbaka. Försäkringen upphör även då förtidsutbetalning har skett. Försäkringen innehåller inte så kallat efterskydd eller möjlighet att teckna fortsättningsförsäkring.

Återupplivning av försäkringen

En försäkring som upphört på grund av att kompanjonförhållandet upphört kan inom ett år återupplivas om kraven för anslutning är uppfyllda. Återupplivning kan ske fram till försäkringens slutålder. Hälsokrav är i detta fall endast att den försäkrades hälsotillstånd inte försämrats efter utträdet ur försäkringen. Återupplivning kan ske till samma eller lägre antal prisbasbelopp som gällde när försäkringen upphörde.

Försäkringen blir gällande på nytt för dödsfall eller arbetsoförmåga som inträffar efter den tidpunkt då anmälan om återupplivning och kontinuitetsförklaring som kan godkännas inkommit till Förenade Liv.

Förfoganden över försäkringen

Försäkringen får inte överlåtas eller pantsättas.

15.3 Omfattning

Försäkringen omfattar utbetalning vid dödsfall och förtidsutbetalning.

15.4 Rätt till ersättning

Dödsfall

Försäkringsbeloppet utbetalas om den försäkrade avlider under försäkringstiden. Utbetalning sker till försäkringstagaren.

Förtidsutbetalning

Försäkringsbeloppet utbetalas om den försäkrade under försäkringstiden och före 55 års ålder på grund av arbetsoförmåga beviljas hel sjukersättning enligt Socialförsäkringsbalken.

Förtidsutbetalning kan även ske om den försäkrade drabbas av hel arbetsoförmåga och på grund därav under försäkringstiden uppburit hel aktivitetsersättning utan avbrott i minst 36 månader före fyllda 30 år. Arbetsoförmågan ska av Förenade Liv bedömas som varaktig.

Rätten till förtidsutbetalning inträder i det förra fallet vid den tidpunkt från vilken sjukersättningen betalas ut och i det senare fallet, om arbetsoförmågan av Förenade Liv bedömas som varaktig, vid den tidpunkt då aktivitetsersättningen uppburits i 36 månader.

Utbetalning sker till försäkringstagaren.

Tidsbegränsad sjukersättning ger inte rätt till förtidsutbetalning. Vid förtidsutbetalning upphör försäkringen.

16 Övergångsbestämmelser

För försäkrade vars försäkringar flyttat från SalusAnsvar till Förenade Liv under 2014 gäller följande övergångsbestämmelser:

Sjukvårdsförsäkring, Diagnosförsäkring/Kritisk sjukdom, Livförsäkring, icke kollektivavtalad Tjänstegruppplivförsäkring (TGL), Gruppolycksfallsförsäkring arbetstid (GOA) och Olycksfall fritid (OF)

Har den försäkrade drabbats av ett försäkringsfall före flytten från SalusAnsvar till Förenade Liv gäller Salus Ansvars vid försäkringsfallet gällande villkor för ersättning. Vid försäkringsfall som inträffar efter flytten till Förenade Liv gäller Förenade Livs gällande villkor för gruppförsäkring för ersättning.

Livförsäkringens barnskydd

Livförsäkring för barnet

För barn som avlider före flytt från SalusAnsvar till Förenade Liv gäller SalusAnsvars villkor. Avlider barnet efter flytt från SalusAnsvar till Förenade Liv omfattas barnet av Förenade Livs barngruppliv med gällande villkor. Försäkringsbeloppet höjs till 40 000 kr.

Medicinskinvaliditet för barnet på grund av förlossningsskada

För barn som föds före flytt från SalusAnsvar till Förenade Liv gäller SalusAnsvars villkor. Barnet omfattas därmed av barnskydd och har fortsatt skydd för medicinsk invaliditet. Detta gäller fram till utgången av den månad då barnet fyller fyra år. Föds ett barn efter flytt från SalusAnsvar till Förenade Liv omfattas barnet av Förenade Livs barngruppliv med gällande villkor. Ingen rätt till ersättning för medicinsk invaliditet föreligger därmed.

En förutsättning för ersättning är att föräldern fortfarande har kvar en gällande livförsäkring hos Förenade Liv.

Olycksfallsförsäkring

Har den försäkrade drabbats av ett försäkringsfall före flytten från SalusAnsvar till Förenade Liv gäller Salus Ansvars vid försäkringsfallet gällande villkor för ersättning. Vid försäkringsfall som inträffar efter flytten till Förenade Liv gäller Förenade Livs gällande villkor för gruppförsäkring för ersättning.

Vid flytten kommer ersättning för varaktig arbetsoförmåga att ersättas med ekonomisk invaliditet.

Sjukförsäkring

Har den försäkrade drabbats av ett försäkringsfall före flytten från SalusAnsvar till Förenade Liv gäller Salus Ansvars vid försäkringsfallet gällande villkor för ersättning. Vid försäkringsfall som inträffar efter flytten till Förenade Liv gäller Förenade Livs gällande villkor för gruppförsäkring för ersättning.

I Sjukförsäkringen finns inte längre någon möjlighet att höja försäkringsbelopp mot full arbetsförhet vid händelse såsom giftermål. Höjning av försäkringsbelopp görs mot hälsodeklaration.

Sjuk- och olycksfallsförsäkring delas upp i Olycksfall, Förtidskapital och diagnosförsäkring

Sjuk- och olycksfallsförsäkring delas upp i olika försäkringar. En förtidskapitalförsäkring, en olycksfallsförsäkring samt en diagnosförsäkring. Vad som ingår framgår av försäkringsbeskedet.

Har den försäkrade drabbats av ett försäkringsfall före flytten från SalusAnsvar till Förenade Liv gäller Salus Ansvars vid försäkringsfallet gällande villkor för ersättning. Vid försäkringsfall som inträffar efter flytten till Förenade Liv gäller Förenade Livs gällande villkor för gruppförsäkring för ersättning.

Försäkrad som omfattats av Omställningskapital, Fristående omställningskapital, Sjukkapital och Fristående sjukkapital överflyttas till Förtidskapital

Försäkrad som blivit arbetsoförmögen under försäkrings-tiden i SalusAnsvar och som under 36 månader från flytten till Förenade Liv uppfyller villkoren för rätt till ersättning enligt SalusAnsvars villkor, kan få ersättning enligt dessa.

För försäkrad som inte uppfyllt villkoren för utbetalning inom 36 månader från flytten gäller Förenade Livs gällande villkor för gruppförsäkring. För försäkrad som blir arbetsoförmögen efter övergången till Förenade Liv gäller Förenade Livs gällande villkor för gruppförsäkring för ersättning. Försäkrad som erhållit hel utbetalning från Omställningskapital, Fristående omställningskapital, Sjukkapital eller Fristående sjukkapital kan inte omfattas av Förtidskapital.

SalusAnsvars Barnförsäkring övergår i Förenade Livs Barn- och Gravidförsäkring (BOS-GN)

Har den försäkrade drabbats av ett försäkringsfall före flytten från SalusAnsvar till Förenade Liv gäller Salus Ansvars vid försäkringsfallet gällande villkor för ersättning. Vid försäkringsfall som inträffar efter flytten till Förenade Liv gäller Förenade Livs gällande villkor för gruppförsäkring för ersättning.

Försäkringarnas omfattning framgår av försäkringsbeskedet.

