

Villkor för Fortsättnings- försäkring

Gäller från och med 1 januari 2017

Avtal 42001

Innehåll

	sid.
Inledning	3
1 Ordlista	4
2 Gemensamma bestämmelser	6
3 Livförsäkring	9
med enbart dödsfallskapital	9
4 Förtidskapital	11
5 Familjeskydd	16
6 Sjukförsäkring	17
7 Olycksfallförsäkring	20
Ersättning för kostnader	20
Ersättning vid invaliditet	22
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	25
8 Barnförsäkring (BOS-G) sjuk- och olycksfallförsäkring för barn och ungdom	27
9 Barnförsäkring (BOS-G mb) sjuk- och olycksfallförsäkring för barn och ungdom med begränsningar vid särskilda diagnoser	34
10 Barnförsäkring (BOS-GN) gravid-, sjuk- och olycksfallförsäkring för barn och ungdom	42
11 Barnförsäkring (B) olycksfallförsäkring för barn och ungdom	57
12 Diagnosförsäkring – Vuxen	61
13 Övriga begränsningar i försäkringarnas giltighet	63
14 Om vi inte skulle komma överens	65

Inledning

Fortsättningsförsäkring meddelas på särskild ansökan utan hälsoprövning i samband med att en gruppförsäkring upphör att gälla för den försäkrade. Förutsättningarna för att teckna fortsättningsförsäkring framgår av Villkor för gruppförsäkring.

Fortsättningsförsäkring kan innehålla

- livförsäkring
- förtidskapital
- olycksfallsförsäkring
- sjukförsäkring
- familjeskydd
- barnförsäkring
- diagnosförsäkring

Försäkringsgivare För försäkringarna är Förenade Liv Gruppförsäkring 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 gruppförsäkring.

Verksamheten står under tillsyn av Finansinspektionen.

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

Beskattning Utbetalda försäkringsbelopp är fria från inkomstskatt.

Grundläggande förutsättningar

Gruppavtalet – Till grund för tecknande av en fortsättningsförsäkring ligger ett avtal om gruppförsäkring, gruppavtalet, se Villkor för gruppförsäkring.

Försäkringsvillkor Dessa villkor gäller från och med 1 januari 2017. (Föregående villkor gällde från och med 1 januari 2016.) Försäkringsfall regleras enligt de villkor som gällde när försäkringsfallet inträffade. För försäkringarna gäller dessutom försäkringsavtalslagen (2005:104) och allmän svensk lag i övrigt.

Ändras Förenade Livs Villkor för gruppförsäkring, har Förenade Liv rätt att ändra dessa villkor på motsvarande sätt. Sådan ändring träder i kraft en månad efter det att Förenade Liv avsänt ett meddelande om villkorsändringen till försäkringstagaren, dock tidigast samtidigt med ändringen av villkoren för gruppförsäkring.

Förenade Liv har även i övrigt rätt att ändra villkoren för försäkringsavtalet under försäkringstiden om förutsättningarna för avtalet ändras genom ändrad lagstiftning eller annan författning, ändrad tillämpning av lag eller annan författning eller genom myndighets föreskrifter.

1 Ordlista

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 (stillastående) tillstånd inträtt.

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 olycksfallsskapitalet kan dock lämnas om arbetsförmågan är nedsatt med endast en fjärdedel. I sjukförsäkringen kan annan ersättningsnivå avtalas. Vid vilken nivå sjukförsäkringen lämnar ersättning framgår av försäkringsbeskedet. Förenade Livs bedömning följer reglerna i Socialförsäkringsbalken och Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning, förlängd sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller motsvarande. Även tid med sjuklön betraktas som arbetsoförmåga.

Familjehemsplacerade – Med familjehemsplacerat barn avses barn som placerats hos den försäkrade enligt beslut i socialnämnd. För familjehemsplacerat barn som flyttar till annan familjehemsplacering eller som flyttar åter till sina biologiska föräldrar upphör försäkringen att gälla när beslut härom fattats i socialnämnd. När familjehemsplacerat barn upphör att vara familjehemsplacerat på grund av att barnet uppnått slutåldern för familjehemsplacering upphör barnförsäkringen att gälla.

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 ett anpassat arbete gäller vissa kvalifikationsregler – se Gemensamma bestämmelser. I studerandeförsäkring jämställts fullt studieför med fullt arbetsför.

Försäkrad – den person på vars liv eller hälsa en försäkring gäller.

Försäkringsbesked – för fortsättningsförsäkring utfärdas försäkringsbesked som ger en översiktlig information om försäkringens omfattning.

Försäkringsfall – som tidpunkt för försäkringsfallet anses

- vid livförsäkring, förtidskapital och familjeskydd: den tidpunkt då den försäkrade avlidit eller då rätt till utbetalning av förtidskapital, inkomstkapital, barnskydd inträtt
- vid sjukförsäkring: sjukperiodens början
- vid olycksfallsförsäkring: den tidpunkt när olycksfallet inträffade eller
- vid sjukfall medicinsk invaliditet i olycksfallsförsäkringen och sjukförsäkringen: den tidpunkt då den försäkrade fått en diagnos fastställd för den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigade sjukdomen.
- 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. Sjukdomen anses ha visat sig den dag första sjukvårdkontakt togs med anledning av ifrågavarande sjukdom eller symptom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas
- vid barngruppliv: den tidpunkt då det försäkrade barnet avlidit
- vid diagnosförsäkring: den tidpunkt som inträffar 30 dagar efter den dag då den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.

Försäkringstagare – varje försäkrad är försäkringstagare och ägare till sin försäkring. Till barnskydd, barngruppliv och barnförsäkring är det försäkrade barnet försäkringstagare.

Försäkringstid – den tid försäkrad omfattas av fortsättningsförsäkring.

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.

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

Ofrivillig arbetslöshet – innebär att arbetslöshetskassan beviljar ersättning efter enligt lag gällande 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).

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 webbplats (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.)

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.

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

2 Gemensamma bestämmelser

Försäkringstid och fortsättningsförsäkringens omfattning

Förenade Livs ansvar för försäkringen inträder från och med den dag Förenade Liv mottagit ansökan. Försäkringen gäller därefter, förutsatt att premie erläggs, till utgången av månaden då den försäkrade fyller 65 år.

Fortsättningsförsäkring kan inte tecknas med högre försäkringsbelopp eller omfattning än den som gällt för den försäkrade under grupp-försäkringstiden.

Premie

Premien beräknas för ett år i sänder. För liv- och sjukförsäkring, diagnosförsäkring samt familjeskydd räknas premien fram på grundval av den för Förenade Liv gällande premietariffen samt skadeutvecklingen, med hänsyn till den försäkrades ålder. 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.

Premiebetalning

Premien förfaller till betalning vid försäkringens ikraftträdande. Därefter betalas premien månadsvis genom Autogiro, eller via inbetalningskort var fjärde månad.

Premien 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 premien 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.

Premiefrielse ingår inte i fortsättningsförsäkringen. Den försäkrade ska kontrollera att han/hon har gällande försäkring med rätt försäkringsomfattning och betalar rätt premie.

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 Förenade Liv detta. Den försäkrade kan när som helst under försäkringstiden säga upp

ett frivilligt försäkringsavtal. Förenade Liv har alltid rätt att kräva premie för den tid försäkringen varit gällande.

Kvalifikationsregler för lönebidragsanställda och person som beviljats ledighet för att prova annat arbete

För att Förenade Livs ansvar för försäkringarna ska inträda för de som är lönebidragsanställda gäller följande vid anslutning till grupp-försäkringen samt de därpå följande fortsättningsförsäkringarna.

- För livförsäkringens **dödsfallskapital 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 under grupp-försäkringstiden var uppfyllda skulle den försäkrade avanmält sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kunde därefter gjorts när full arbetsförhet åter hade uppnåtts.
- 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 arbetsoförmåga 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 livförsäkringens förtidskapital och har rätt till ersättning från sjukförsäkringen efter det att villkoren för utbetalning av dessa produkter är uppfyllda. Det är endast arbetsoförmåga 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 sökt försäkring eller utökning av sin försäkring med hälsodeklaration gäller ovanstående kvalifikationsregler samt att hälsodeklarationen kunnat 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 skulle ha inträtt för *olycksfallsförsäkringen och olycksfallsförsäkringens höjda försäkringsbelopp för invalidiet* fanns inga hälsokrav.

Oriktig uppgift

Om oriktiga eller ofullständiga uppgifter om förhållanden som är av betydelse för bedömningen av försäkringsrisken har lämnats i samband med anslutningen till eller utökningen av gruppförsäkringen, kan detta medföra fortsättningsförsäkringens ogiltighet eller att Förenade Liv är fritt från ansvar enligt bestämmelserna i försäkringsavtalslagen och i allmän svensk lag i övrigt.

Bestämmelserna i försäkringsavtalslagen tillämpas i detta fall som om gruppförsäkringen och fortsättningsförsäkringen vore samma försäkring. Inbetald premie återbetalas inte.

Åtgärder för utbetalning

Dödsfall, sjukdom, diagnos samt olycksfall, som kan ge rätt till ersättning, ska snarast möjligt anmälas till Förenade Liv. Blanketter kan beställas från Förenade Liv. Blanketterna finns också på webbplatsen forenadeliv.se. De handlingar och övriga upplysningar 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 upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning ska lämnas om Förenade Liv begär detta.

En förutsättning 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 försäkringsgivarens anvisningar.

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

För diagnosförsäkring gäller dessutom följande:

- Den som begär utbetalning av diagnosförsäkring ska bifoga journalkopia eller och läkarintyg som styrker diagnosen som försäkringen ersätter.
- 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 försäkringskydd 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,
- 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, inkomstkapital, diagnosförsäkring och ersättning från livförsäkringens barngruppliv eller barnskydd som 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 därvid tillämpas är referensräntan minskad med två procentenheter och i förekommande fall minskad med den på det förräntade beloppet belöpande avkastningsskatt Förenade Liv har att erlagga. Räntan avräknas i förekommande fall från dröjsmålsränta.

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

Överlåtelse

Fortsättningsförsäkring får inte överlätas.

Förenade livs Seniorförsäkring

När fortsättningsförsäkringen upphör att gälla på grund av att försäkringens slutålder uppnåtts (vid utgången av månaden då den försäkrade fyller 65 år), överförs den försäkrade automatiskt till Förenade Livs Seniorförsäkring, liv- och/eller olycksfallsförsäkring, beroende på vad den försäkrade tidigare omfattats av. Före överföringen sänds information till den försäkrade om möjligheten att teckna högre försäkringsbelopp i livförsäkringen.

För att ett oavbrutet försäkringsskydd ska gälla ska ansökan om Seniorförsäkringens tillvalsförsäkring göras innan den försäkrade utträtt ur försäkringen. Ansökan om Seniorförsäkringens tillval kan dock göras senast inom tre månader från utträdet ur fortsättningsförsäkringen.

För Seniorförsäkringen gäller särskilda villkor.

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 försäkringsavtalet 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.

Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta kundtjänst. Vid beställning av utdrag ur Förenade Livs register skriv till: Registerutdrag, Förenade Liv, 106 60 Stockholm.

3 Livförsäkring (L)

Omfattning

Försäkringens omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Försäkringen kan omfatta

- enbart dödsfallskapital LD

Vid ansökan om fortsättningsförsäkring för Efterlevandeskydd och Familjeskydd (FS2) omvandlas försäkringsbeloppet till försäkringsbelopp för dödsfallskapital.

Rätt till ersättning - dödsfallskapital (LD)

Dödsfallskapital utbetalas om den försäkrade avlider under försäkringstiden. Dödsfallskapet utgörs av försäkringsbeloppet för livförsäkring efter eventuell åldersreduktion. Från och med 55 års ålder minskar dödsfallskapet med fem procentenheter per år till och med fyllda 64 år. Annan åldersreduktion kan ha tecknats och den framgår då av försäkringsbeskedet.

Förmånstagarförordnande för livförsäkring

Förmånstagare till utfallande dödsfallskapital är, om inte den försäkrade skriftligen anmält annat förordnande till Förenade Liv, i nedan angiven ordning:

- a) make eller sambo
- b) arvingar

Om förmånstagare avlidit eller helt eller delvis avstår från sin rätt inträder den eller de som enligt förordnandet därefter är berättigade i den avstående ställe.

Med make avses den med vilken den försäkrade vid sin död var gift. Med Förordnande till förmån för make upphör att gälla när ansökan om äktenskapsskillnad inkommit till domstol. Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

Blanketten Ändrat förmånstagarförordnande för frivillig grupplivförsäkring kan beställas från Förenade Liv. Blanketten finns också på webbplatsen forenadeliv.se/formanstagare.

Förmånstagarförordnandet kan inte ändras genom ett testamente.

Tidigare lämnat förordnande för grupplivförsäkringen gäller inte.

Barngruppliv – försäkring för barns dödsfall från 1 januari 2004

Om gruppförsäkring som omfattat barngruppliv övergår till fortsättningsförsäkring, fortsätter den att omfatta barngruppliv.

Försäkringen gäller för barns dödsfall, längst till utgången av det kalenderår då barnet fyller 20 år (försäkringens sluttidpunkt). Upphör fortsättningsförsäkringen dessförinnan, upphör också barnets försäkring att gälla.

Försäkrade

Försäkrade är arvsberättigade barn till den som har tecknat fortsättningsförsäkringen. Även makes/sambos arvsberättigade barn är försäkrade om barnet är stadigvarande bosatt på den försäkrades adress.

Vid dödsfall jämställs med arvsberättigat barn dödfött barn som avlidit från och med den 23:e graviditetsveckan.

Utländskt barn, som den vuxna försäkrade 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 barns dödsfall är 40 000 kronor.

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 den som tecknat fortsättningsförsäkringen.

Samordning

Har barnets båda föräldrar tecknat fortsättningsförsäkring för samma gruppavtal, där den ene varit gruppmedlem och den andra varit medförsäkrad, utbetalas ersättning endast från en av försäkringarna.

Efterskydd till livförsäkringens barnskydd/barngruppliv

Försäkrad vars livförsäkring upphör på grund av uppnådd slutålder och som då har barn som inte uppnått den ålder då försäkringen upphör enligt försäkringsvillkoren, bibehåller ett utsträckt, oförändrat försäkringskydd för barnet enligt följande:

- barnskydd gäller till utgången av den månad då barnet fyller 18 år.
- barngruppliv gäller 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 livförsäkringen upprätthölls till fortsättningsförsäkringens slutålder.

Övergångsbestämmelse

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

4 Förtidskapital (FK1.1), (FK1.2)

Omfattning förtidskapital med slutålder 62 år (FK1.2)

Försäkringens omfattning framgår av försäkringsbeskedet. För varje försäkrad gäller ett vid varje tidpunkt ett bestämt försäkringsbelopp, försäkringsbeloppet för förtidskapital. Om den försäkrade under gruppförsäkringstiden har omfattats av sjukkapital eller inkomstkapital gäller fortsättningsförsäkringen med förtidskapital.

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

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 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 arbetsförmåga

Förtidskapital kan utbetalas även om den försäkrade under försäkringstiden och före fyllda 62 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 Försäkringskassan.

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 den 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 arbetsförmåga som helt faller inom nittiodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

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 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 A och som senare under försäkringstiden och före fyllda 62 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 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 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, alternativt villkor för fortsättningsförsäkring 2011, eller tidigare.

Försäkrad som har fått halvt sjuk- eller halvt 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 tolv 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	kolumn 2
- 35	100	50
36	96	48
37	92	46
38	88	44
39	84	42
40	80	40
41	76	38
42	72	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.

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.

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.

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

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).

6.4 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 Socialförsäkringsbalken) 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 Försäkringskassan.

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 den 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 arbetsförmåga som helt faller inom tremånadersperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

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 tolv 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 han senare under försäkringstiden och före fyllda 65 antingen är arbetsförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under minst tolv 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 tolv 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 B. Avtrappning av förtidskapital

Uppnådd ålder	kolumn 1	kolumn 2
- 35	100,0%	50,0%
36	96,0%	48,0%
37	92,0%	46,0%
38	88,0%	44,0%
39	84,0%	42,0%
40	80,0%	40,0%
41	76,0%	38,0%
42	72,0%	36,0%
43	68,0%	34,0%
44	64,0%	32,0%
45	60,0%	30,0%
46	56,0%	28,0%
47	52,0%	26,0%
48	48,0%	24,0%
49	44,0%	22,0%
50	40,0%	20,0%
51	37,0%	18,5%
52	34,0%	17,0%
53	31,0%	15,5%
54	28,0%	14,0%
55	25,0%	12,5%
56	22,0%	11,0%
57	19,0%	9,5%
58	16,0%	8,0%
59	13,0%	6,5%
60	10,0%	5,0%
61	10,0%	5,0%
62	7,0%	3,5%
63	5,0%	2,5%
64	5,0%	2,5%

Förtidskapitalet upphör

Försäkringen/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. 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.

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-årsdagen.

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.

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.

Allmänna förutsättningar för försäkring med förtidskapital/ inkomstkapital

Om den försäkrade omfattats av försäkringsavtal där förtidskapital/sjukkapital/inkomstkapital och barnskydd/ barngruppliv ingått, men den försäkrade har under försäkringstiden inte varit fullt arbetsför och inte heller därefter blivit fullt arbetsför innan fortsättningsförsäkringen söktes, omfattas hon/han av försäkring med enkelt/dubbelt förtidskapital eller inkomstkapital och barngruppliv, om sådan fortsättningsförsäkring tecknats, först sedan hon/han åter blivit fullt arbetsför och full arbetsförhet förelegat minst tre månader i följd. Härvid bortses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom tremånadersperioden och sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

Om grupplivförsäkringen har utökats

- med enkelt/dubbelt förtidskapital alternativt inkomstkapital

eller

- från att ha omfattat enkelt förtidskapital till att omfatta dubbelt förtidskapital medan den försäkrade inte var fullt arbetsför och inte heller därefter blivit det innan fortsättningsförsäkringen söktes, gäller följande.

Den försäkrade kan omfattas av fortsättningsförsäkring i det första fallet med enkelt/dubbelt förtidskapital alternativt inkomstkapital och i det andra fallet med dubbelt förtidskapital först sedan han åter blivit fullt arbetsför och full arbetsförhet förelegat minst tre månader i följd. Härvid bortses från perioder av arbetsförmåga som helt faller inom tremånadersperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar. Om förtidskapital, inkomstkapital eller sjukkapital utbetalats från grupplivförsäkringen eller fortsättningsförsäkring till sådan – omfattas den försäkrade i regel inte av förtidskapital- respektive inkomstkapitalförsäkringen. Se vidare under "Upprepad arbetsförmåga". Den 1 januari 2012 överförs försäkrad som omfattats av inkomstkapital och förtidskapital till förtidskapital enligt den utformning som finns i dessa försäkringsvillkor.

5 Familjeskydd (FS)

Försäkringen är ett tidsbegränsat efterlevandeskydd.

Vid anmälan till försäkringen kan man välja antingen 1 eller 2 prisbasbelopp per år i familjeskydd.

Rätt till ersättning

Avlider den försäkrade under försäkringstiden, betalas familjeskydd ut under fem år från och med månaden efter dödsfallet. Familjeskyddet betalas ut månadsvis i efterskott till förmånstagare. Familjeskyddet gäller dock längst till och med utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år.

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.

Förmånstagare

Förmånstagare till familjeskyddet är, om inte den försäkrade skriftligen anmält annat förordnande till Förenade Liv, i nedan angiven ordning:

- a) make eller sambo
- b) arvingar

Förordnande till förmån för make upphör att gälla när ansökan om äktenskapsskillnad inkommit till domstol. Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

Förmånstagaren kan när som helst avstå från familjeskyddet (se nedan). Pengarna betalas då ut till nästa person eller personer enligt förmånstagarförordnandet.

Om den försäkrade vill ändra ordningen på vem som ska vara förmånstagare eller välja någon annan person än de nämnda, måste detta skriftligen anmälas i ett ändrat förmånstagarförordnande. Blanketten *Ändrat förmånstagarförordnande* för Familjeskydd kan beställas från Förenade Liv. Den kan också hämtas på webbplatsen forenadeliv.se/formanstagare

Förmånstagarförordnandet kan inte ändras genom ett testamente.

Tidigare lämnat förordnande för familjeskydd i grupp-försäkringen gäller inte.

Avstå från familjeskyddet

Förmånstagare kan skriftligen till Förenade Liv förklara sig avstå från sin rätt som förmånstagare till familjeskyddet.

Ett avstående kan göras innan förmånstagaren mottagit någon utbetalning, men det kan även göras efter det att förmånstagaren mottagit en eller flera utbetalningar från försäkringen och avser då alla framtida utbetalningar av familjeskyddet.

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

6 Sjukförsäkring (S)

Omfattning

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

Rätt till ersättning

Grundprincipen för sjukförsäkring är att inkomstförlust ska ha uppkommit och att denna inkomstförlust har sin grund i arbetsoförmåga som beror av 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 i 33 månader. En förutsättning för fortsatt utbetalning av ersättning är att den försäkrade fortsätter att betala premie för sjukförsäkringen. Ersättningen utbetalas månadsvis i efterskott.

Vid förlust av hela arbetsförmågan utbetalas helt ersättningsbelopp fortlöpande. Nedsätts arbetsförmågan med minst en fjärdedel, utbetalas så stor del av försäkringsbeloppet som motsvarar nedsättningen av arbetsförmågan. För försäkrad som omfattats av gruppavtal som lämnar ersättning endast vid minst 50 procent gäller även detta för fortsättningsförsäkringen.

Om det tidigare 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.

Försäkrad som får sin aktivitetsersättning/sjukersättning vilandeförklarad, helt eller delvis, 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 tolv månaderna av försäkringstiden. Ersättning kan dock inte betalas ut vid sjukperioder som är kortare än 15 dagar. Detta gäller även om karens-tiden är uppnådd.

b) Begränsning av ersättningstiden på grund av samma sjukdom

Ersättningstiden begränsas vid sjukdom som drabbar den försäkrade inom två år från det att sjukförsäkringen började gälla eller ändrades senast, om samma sjukdom har gjort den försäkrade arbetsoförmögen till minst en fjärdedel också under de två åren närmast innan sjukförsäkringen började gälla eller ändrades senast, och då mer än 30 dagar i följd.

Begränsningen fungerar på följande sätt. Det räknas ut hur många dagar som avbrottet mellan de två perioderna av arbetsoförmåga har varat. (Om det finns flera tidigare perioder som gör begränsningen aktuell, räknas tiden från det att den sista av dem upphörde.) Detta antal dagar är den längsta tid som den försäkrade kan få ersättning på grund av sjukdomen.

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 utnyttjade 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.

c) Återinsjuknande

Samma sjukfall

Om den försäkrade åter blir arbetsoförmögen i minst 15 dagar inom tolv 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 sjukavbrott varar mer än tolv 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.

Överförsäkring

Om den försäkrade vid arbetsoförmåga skulle få en inkomst efter skatt som är högre än 90 procent av lönen vid fullt arbete efter skatt, betalas ersättning endast så att 90-procentsnivån uppnås. Är den nivån redan uppnådd genom andra försäkringar, betalas följaktligen ingen ersättning ut. Högst de senaste tolv månadernas premier för det belopp som inneburit överförsäkring betalas tillbaka.

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 utgör en 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.

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.

Omprövning vid 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 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.

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 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 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.

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 senkomplikationer av en sjukdom, såsom 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 försäkringsmomentets ikraftträdande, även om sjukdom, diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringsmomentet trätt i kraft.
- Ersättning utbetalas inte för sjukdomsdiagnoser som fastställts efter att du har uppnått försäkringens slutålder.

7 Olycksfallsförsäkring

Standard – heltid

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 helt 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.

Såsom olycksfallsskada räknas till exempel 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 försämrats 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 försäkring som kroppsfel medför.

Med kroppsfel avses sjukdom, sjuklig förändring, lyte och men.

För förlorad arbetsinkomst lämnas ingen ersättning.

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 finns, även till AFA-Trygghetsförsäkring.

Omfattning

Ersättning för kostnader	O1
Akutersättning	O1.b2
Tandskadekostnader	O1.c2
Merkostnader	O1.m1
Krisförsäkring	O1.k
Ersättning vid dödsfall	O2.d2
Ersättning vid invaliditet	O3.2
Medicinsk invaliditet	O3.a2
Ekonomisk invaliditet	O3.b2
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	O3.a5
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	S1.m1

Ersättning för kostnader (O1)

Gemensamma regler

- Försäkringen gäller med de försäkringsvillkor och det 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 som inte ska ersättas 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.
- För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället. Ersättning lämnas inte sedan definitiv medicinsk invaliditetserättning utbetalats.
- Kostnader ska kunna styrkas med originalkvitton och/ eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting.
- 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.
- Kostnad för läkarintyg som inte begärts av Förenade Liv ersätts inte.

Akutersättning (O1.b2)

a) Ersättning under de tolv 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/arbetsoförmåga 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/arbetsoförmåga 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 färdsätt 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 färdsätt 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.

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.

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).

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, 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 tio 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, 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.

Om försäkrad avlider och den försäkrades make/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/sambo och/eller barn. Om den försäkrade har fyllt 65 år vid dödsfallet berättigar dödsfallet inte till någon behandling från krisförsäkringen för nära anhörig.

Ersättning vid dödsfall (O2.d2)

Om den försäkrade avlider på grund av olycksfallsskadan, utbetalas 20 000 kronor som begravningshjälp till den försäkrades dödsbo.

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 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 framgår av försäkringsbeskedet. Om 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.

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.

Vänteersättning

När den medicinska invaliditetsgraden/ersättning 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 respektive 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.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att den försäkrades kroppsfunction väsentligt försämras efter det 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.

Vid dödsfall

Om den försäkrade avlider innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet det belopp som motsvarar den säkerställda medicinsk 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 trafikskadlagen. 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 ekonomisk invaliditet bara om den medicinska invaliditetsgraden till följd av olycksfallsskadan är minst 50 procent.

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av försäkringsbeskedet. Om 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 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 %
1/2 sjukersättning	50 %

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 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.

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.

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 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 50 år reduceras försäkringsbeloppet med 5 procentenheter för varje år som åldern överstiger 49 år. 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 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.

Medicinsk invaliditet vid sjukdom (O3.a6)

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 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 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.

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.

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 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 försäkringens 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 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 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.

8 Barnförsäkring (BOS-G)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom

Barnförsäkringens giltighet

Barnförsäkring kan endast tecknas för den försäkrades arvsberättigade barn samt familjehemsplacerat barn (se Ordlista) som omfattats av barnförsäkring i tidigare gruppavtal. För den försäkrades makes/sambos barn (även familjehemsplacerat barn) kan fortsättningsförsäkring tecknas om barnet omfattas av barnförsäkring i tidigare gruppavtal. Fortsättningsförsäkring tecknas per barn även om barnförsäkringen i tidigare gällt med en premie för samtliga barn. Särskilda regler gäller för höjt försäkringsbelopp vid invaliditet, se nedan.

Utländskt barn, som gruppp medlemmen 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 gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år. Barnet kan då teckna Olycksfallsförsäkring, - Heltid. Upphör försäkringstagarens försäkring 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.

Diagnosförsäkring – Barn

Diagnosförsäkring tecknas som ett tillval till barnförsäkringen efter anmälan till Förenade Liv under grupp-försäkringstiden. Försäkrad som tecknat diagnosförsäkring under grupp-försäkringstiden kan även teckna diagnosförsäkring som fortsättningsförsäkring.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet tecknas från och med 1 januari 2009 för varje barn som ett tillval till barnförsäkringen efter anmälan till Förenade Liv under grupp-försäkringstiden. Om försäkringsbeloppet höjdes över 1 200 000 efter att barnet fyllt ett år måste ansökan göras med hälsodeklaration. Försäkrad som tecknat höjt försäkringsbelopp vid invaliditet under grupp-försäkringstiden kan även teckna höjt försäkringsbelopp vid invaliditet som fortsättningsförsäkring på samma nivå som i tidigare avtal.

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 uppfyll-da. 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 (förslitnings-skada)
- 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 kroppsfelen tillkommit senare, gäller följande. Kan det antas att kroppsfelen 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 debuterade 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:

- 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.
- 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.
- För att få rätt till ersättning från Diagnosförsäkring-Barn gäller följande begränsningar.
 - sjukdom eller av legitimerad läkare 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.

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.

Barnförsäkringens omfattning

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

Ersättning för kostnader (B1)

Ersättning kan lämnas för läke- och resekostnader, tandskadekostnader, skadade kläder och glasögon, anlagsprovning och 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/ arbets-sjukdom, 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.

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 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 levnads-kostnader, 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 ersättnings 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 tre 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.

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 vistelsedagen, 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 tre prisbasbelopp för nödvändiga kostnader för rehabiliteringshjälpmedel. Ersättning lämnas för kostnader som uppkommit innan definitiv 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 överenskomst 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, 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 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 egenkap av privatperson. Försäkringen gäller inte för händel-

se 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, 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, 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 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 diagnosförsäkring 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 diagnostiseras med flera diagnoser vid samma tillfälle och/eller har fler försäkringar. Ersättningen utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkring 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 av legitimerad läkare påvisat symtom på sjukdom 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.

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

1. Cancer

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 klassats som malignt (elak- artad) 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

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 sex 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 från blodtransfusion eller behandling

Diagnos av infektion av humant immunbristvirus (HIV) i samband med blodtransfusion eller behandling på sjukvårdsinrättningen om följande villkor är uppfyllda:

- A. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.
- B. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande.

C. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts 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 arm eller ben

Datum för förlust av arm ovanför armbågen eller ben ovanför knäet.

10. Blindhet

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 förlust av bruket av en eller flera armar eller ben på grund av förlamning.

13. Multipel skleros

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

14. Stroke

Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar trombosser, 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)

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 av legitimerad läkare 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)

Årlig kostnadsersättning lämnas om medicinskt invaliditetstillstånd inträtt. Ersättningen utbetalas årsvis så länge invaliditetstillståndet kvarstår och varken definitivt 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)

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)

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 prövats. Förutsättningar för att rätten till ersättning för ekonomisk invaliditet ska prövas 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 aktivitetserättning/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 arbetsoförmågan vara för framtiden bestående.

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

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 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)

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".

9 Barnförsäkring (BOS-G mb)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom med begränsningar vid särskilda diagnoser

Detta kapitel gäller om begränsningar vid vissa diagnoser gällt i gruppavtalet

Försäkrad som omfattats av barnförsäkring i ett gruppavtal som gällt med begränsningar för särskilda diagnoser ska ansöka om och omfattas av fortsättningsförsäkring med samma utformning. Om gruppavtalet gällt med begränsningar för särskilda diagnoser framgick det av gruppförsäkringsbeskedet.

Barnförsäkringens giltighet

Barnförsäkring kan endast tecknas för den försäkrades arvsberättigade barn samt familjehemsplacerat barn (se Ordlista) som omfattats av barnförsäkring i tidigare gruppavtal. För den försäkrades makes/sambos barn (även familjehemsplacerat barn) kan fortsättningsförsäkring tecknas om barnet omfattas av barnförsäkring i tidigare gruppavtal. Fortsättningsförsäkring tecknas per barn även om barnförsäkringen i tidigare gällt med en premie för samtliga barn.

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

Försäkringen gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år. Barnet kan då teckna Olycksfallsförsäkring – heltid. Upphör försäkringstagarens försäkring 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.

Diagnosförsäkring – Barn

Diagnosförsäkring tecknas som ett tillval till barnförsäkringen efter anmälan till Förenade Liv under gruppförsäkringstiden. Försäkrad som tecknat diagnosförsäkring under gruppförsäkringstiden kan även teckna diagnosförsäkring som fortsättningsförsäkring.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet tecknas från och med 1 januari 2009 för varje barn som ett tillval till

barnförsäkringen efter anmälan till Förenade Liv under gruppförsäkringstiden. Om förärlingsbeloppet höjdes över 1 200 000 efter att barnet fyllt ett år måste ansökan göras med hälsodeklaration. Försäkrad som tecknat höjt försäkringsbelopp vid invaliditet under gruppförsäkringstiden kan även teckna höjt försäkringsbelopp vid invaliditet som fortsättningsförsäkring på samma nivå som i tidigare avtal.

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 helt 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 skadevållande 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 kroppsfelet (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 debuterade 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:

- 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.
- 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.
- För att få rätt till ersättning från Diagnosförsäkring-Barn gäller följande begränsningar.
 - sjukdom eller av legitimerad läkare 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 har begränsningar av försäkringsskyddet gällt i Barnförsäkringen för vissa diagnoser. Dessa begränsningar gäller även i fortsättningsförsäkringen.

Om nedanstående begränsningar gällt i gruppavtalet framgick det av försäkringsbeskedet. Motsvarande försäkringsskydd gäller i fortsättningsförsäkringen och framgår 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 Invaliditetstillägg.

För försäkrad som omfattades av Barnförsäkring det datum då ovanstående begränsning infördes i gruppavtalet gäller:

Om symtom eller diagnos på sjukdom enligt ovan visat sig före det datum då begränsningen infördes i gruppavtalet tillämpas då gällande villkor. 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.

Barnförsäkringens omfattning

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

Ersättning för kostnader (B1)

Ersättning kan lämnas för läke- och resekostnader, tandskadekostnader, skadade kläder och glasögon, anlagsprövning och 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.

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.

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 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 levnads-kostnader, 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 färdssätt 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 färdssätt 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 uppkommit 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 tre 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.

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 vistelседagen, 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 tre prisbasbelopp för nödvändiga kostnader för rehabiliteringshjälpmedel. Ersättning lämnas för kostnader som uppkommit innan definitiv 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, 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 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, 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, 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 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 diagnosförsäkring 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. Ersättning utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkring är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutaldern 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 av legitimerad läkare 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

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 diagnosförsäkring 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. 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

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 sex 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 från blodtransfusion eller behandling

Diagnos av infektion av humant immunbristvirus (HIV) i samband med blodtransfusion eller behandling på sjukvårdsinrättning om följande villkor är uppfyllda:

- A. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.
 - B. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande.
 - C. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts 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 arm eller ben

Datum för bestående förlust av arm ovanför armbågen eller ben ovanför knäet.

10. Blindhet

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 flera armar eller ben på grund av förlamning.

13. Multipel skleros

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

14. Stroke

Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar trombos, 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 ärr/defekten uppkom
- medför klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår ett år efter det att ärr/defekten 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 6 månader gammalt när dödsfallet inträffar.

Ersättning vid invaliditet (B3.2)

För momenten Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet samt Invaliditetstillägg 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). Dessa undantag framgår 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 av legitimerad läkare 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)

Ersättning vid vissa diagnoser är undantagna (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)

Ersättning vid vissa diagnoser är undantagna (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)

Ersättning vid vissa diagnoser är undantagna (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 prövats. Förutsättningar för att rätten till ersättning för ekonomisk invaliditet ska prövas 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 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)

Ersättning vid vissa diagnoser är undantagna (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".

10 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-GN)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom samt gravidförsäkring.

Hur barnförsäkringen gäller under graviditet framgår under avsnitt 10.1.1 och 10.3.1. Observera att Försättningsförsäkring kan även tecknas att gälla utan gravidmoment och nedan angivna moment som gäller före barnets födelse ingår då inte.

10.1 Giltighet – barnförsäkring

Barnförsäkringen måste tecknas under grupp-försäkringstiden och innan utgången av graviditetsvecka 36 för att gälla under graviditet. Om barnförsäkringen tecknats under grupp-försäkringstiden och innan graviditetsvecka 36 fortsätter de gravidmoment som finns beskrivna under 10.3.1 att gälla för den aktuella graviditeten även efter att fortsättningsförsäkring tecknats.

Försättningsförsäkring kan endast tecknas för den försäkrades barn samt familjehems placerade barn (se ordlista) som omfattats av barnförsäkringen i tidigare gruppavtal. För försäkrades make, sambos barn även familjehemsplacerade barn, kan fortsättningsförsäkring tecknas om barnet omfattats av försäkringen i tidigare gruppavtal.

Försättningsförsäkring tecknas per barn även om barnförsäkringen i gruppavtalet gällt med en premie för samtliga barn.

Särskilda regler gäller för höjt försäkringsbelopp vid invaliditet, se under rubriken, Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet och hälsodeklaration.

Om försäkring i det gruppavtal som den försäkrade omfattats av tecknades per barn omfattar fortsättningsförsäkringen endast det barn som omfattats av försäkring under grupp-försäkringstiden.

De barn som försäkrad kunde teckna försäkring för var; gruppmedlemmens barn samt fosterbarn, gruppmedlemmens make/sambos barn samt familjehemsplacerade barn.

Försäkringen gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år.

Försäkringen gäller dygnet runt. Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet och hälsodeklaration

Höjning av försäkringsbelopp vid invaliditet tecknades för varje barn efter anmälan till Förenade Liv. Om försäkringsbeloppet höjdes över 1 300 000 kronor eller 30 prisbasbelopp efter att barnet fyllt ett år måste ansökan göras med hälsodeklaration. Försäkrad som tecknat höjt försäkringsbelopp vid invaliditet under grupp-försäkrings-

tiden kan även teckna höjt försäkringsbelopp vid invaliditet som fortsättningsförsäkring.

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, 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 ifrågavarande sjukdom eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.

Utöver detta gäller följande begränsningar:

- 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.
- 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.
- 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 gäller även i fortsättningsförsäkringen

Förutom ovanstående begränsningar kan i gruppavtalet avtalade särskilda begränsningar och undantag för vissa diagnoser gälla. Om den försäkrade omfattats av begränsningar i tidigare gruppavtal så gäller dessa även i fortsättningsförsäkringen. 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 då gällande villkor. 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.

10.1.1 Giltighet – Barnförsäkringens giltighet om gravidmomenten gäller

Barnförsäkringen måste ha tecknats under gruppförsäkringstiden och innan utgången av graviditetsvecka 36 för att gälla under graviditeten. 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.

Fortsättningsförsäkringen gäller endast för det barn den tecknats för.

Graviditetsmomenten kan gälla för mamman, hennes väntade barn (oavsett antal barn) och barnets pappa eller mammans partner (make eller sambo), som i villkoren jämföras 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.

Sjukhusvistelsemomentet vid graviditet och under de sex första månaderna efter barnets nedkomst

Ersättning lämnas under totalt sammanlagt 365 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 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 att Vårdkostnadsersättning-Gravid ska lämnas, måste vårdbidraget vara fastställt innan barnet fyllt ett år och försäkringsfallet ska ha inträffat under försäkringstiden och innan barnet fyllt sex månader. 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.

10.2 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
Vårdkostnadsersättning - Barn	B1.f3n
Vårdkostnadsersättning - 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

10.3 Rätt till ersättning

10.3.1 Rätt till ersättning om barnförsäkringens gravidmoment gällt under grupp-försäkringstiden

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

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 35 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 totalt 200 kronor för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar 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 skälig kostnad för högst tio behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut. 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, 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 slutåldern 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 (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 föbindelser

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.

10. 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 försäkringskyddet:

- 1) förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ), dock gäller diagnosförsäkringen 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.

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 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 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 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.

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.

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

Omprövning

Omprövning kan ske om olycksfallsskadan 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 (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 försäkringstagaren om dödsfallet avser dödfött barn.

10.3.2 Rätt till ersättning efter barnets födelse

Ersättning lämnas enligt nedan angivna villkor dock gäller under 10.1 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 10.1.1 och 10.3.1

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 skäligen 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 (B1.2n)

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 behandlingarkostnader 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 rehabiliterings-

klirik, lämnas ersättning från försäkringen för den del av kostnaden som inte motsvarar inbesparade levnads-kostnader, 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 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 (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 ersättnings 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 uppkommit 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 sex månader. Begränsningen för sjukhusvistelse gäller inte om barnet har omfattats av barnförsäkringens gravidmoment. Ersättning lämnas i form av en schablonersättning med tidigare 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 sjukhusvistelse, lämnas en ersättning för kostnader med valt försäkringsbelopp per dag i längst 30 vård dagar i hemmet per sjukhusvistelse.

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 tre 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 överenskomst 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, 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 psykolog/psykoterapeut. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Förenade Liv. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än fem år efter händel-

sen. 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 uppsätlig 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, 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, 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.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 diagnosförsäkring 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 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 slutåldern 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.

1. Cancer

En malign (elakartad) tumör karaktäriserad 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

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 sex 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 från blodtransfusion eller behandling

Diagnos av infektion av humant immunbristvirus (HIV) i samband med blodtransfusion eller behandling på sjukvårdsinrättning om följande villkor är uppfyllda:

- A. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.
 - B. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande.
 - C. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts 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 arm eller ben

Datum för förlust av arm ovanför armbågen eller ben ovanför knäet.

10. Blindhet

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 flera armar eller ben på grund av förlamning.

13. Multipel skleros

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

14. Stroke

Cerebrovasculär blodpropp eller blödning. Benämningen omfattar trombosor, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

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

Vårdkostnadsersättning-Barn (B1.f1n)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna 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 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
- 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.

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.

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 föräldrapenningdagen.

Ersättning utbetalas månadsvis i efterskott med 1/365 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. Samma undantag gäller även i fortsättningsförsäkringen.

Villkoren för Vårdkostnadsersättning Barn (B1.f2n). är samma som Vårdkostnadsersättning Barn (B1.f1n) med följande avvikelser.

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.

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 eller kosmetisk defekt som kvarstår ett år efter det att äret/defekten uppkom.
- medför klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår ett år efter det att äret 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.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f3n)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna 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 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 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. Detta gäller då också för fortsättningsförsäkringen. 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 försäkringen 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 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 vårdkostnadsersättningsnaldrig 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 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.f4n) med vissa diagnoser undantagna

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. Detta gäller då också för fortsättningsförsäkringen. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maxi-

malt sex år dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden gäller för försäkringen så framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning vid dödsfall (B2.d2n)

Om barnet avlider under försäkringstiden utbetalas ersättning med tidigare 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 gällt i gruppavtalet gäller de även i fortsättningsförsäkringen. Vad som gäller framgår 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 sex månader.

För att få rätt till ersättning vid utökning med, eller höjning av, försäkringsbelopp gäller att sjukdomen eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig efter det att utökningen med, 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 fem 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, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se.Ordlista.

Om begränsning gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Medicinsk invaliditet (B3.a2n)

Om ersättning vid vissa diaganoser var undantagna eller begränsade i gruppavtalet gäller undantagen eller begränsningen även i fortsättningsförsäkringen. Vad som gäller framgår av försäkringsbeskedet. Se då nedan under rubriken Medicinsk invaliditet (B3.a3n) eller Medicinsk invaliditet (B3.a4n) beroende på vad som gällde i tidigare gruppavtal.

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, från räknas 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.

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.

Medicinsk invaliditet (B3.a3n), Begränsning vid vissa diagnoser vid medicinsk invaliditet om sådana begränsningar avtalats i gruppavtalet. Begränsningarna gäller då även i fortsättningsförsäkringen.

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 tio 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, 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 uppfyllts.

Om den försäkrade på nytt drabbas av någon av ovan angivna sjukdomar, utbetalas ersättning endast om sjukdomarna inte har samband med varandra.

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. Begränsningarna gäller då även i fortsättningsförsäkringen.

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 medicinska 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 var undantagna eller begränsade i gruppavtalet gäller undantaget eller begränsningen även i fortsättningsförsäkringen. Vad som gäller framgår av försäkringsbeskedet.

I dessa fall se nedan under rubrik, Ekonomisk invaliditet (B3.b3n) och Ekonomisk invaliditet (B3.b4n), beroende på vad som gällde i tidigare gruppavtal.

Med ekonomisk invaliditet menas ett tillstånd som ger, eller kan förväntas ge, minskad möjlighet till förvärvsinkomst.

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 fem år och/eller aktivitetserättning 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 tio års ålder eller den försäkrade beviljats minst 50 procents aktivitetserättning. Perioder av minst 75 procents vårdbidrag och minst 50 procents aktivitetserättning kan läggas samman till en femårsperiod.

Om aktivitetserättning övergår i sjukersättning till minst 50 procent, innan fem år av aktivitetserättning 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 aktivitetserättningen 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 aktivitetserättningen uppgår till minst 50 procent.

Om den försäkrade vid skadetillfället, eller när sjukdomen visade sig, har partiell aktivitetserättning eller om det finns partiellt vårdbidrag för den försäkrade, kan ersättning lämnas med högst den del som motsvarar en eventuell höjning av vårdbidraget eller aktivitetserättningen om det utökade vårdbidraget eller aktivitetserättningen 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 aktivitetserättningen. Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Om storleken varierat på ersättningen från vårdbidrag och/eller aktivitetserättning/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 den ersättningsberättigande olycksfallsskada eller sjukdom som omfattas av försäkringen, efter utbetalning av ekonomisk invaliditet till 50 eller 75 procent, får höjd nivå på vårdbidraget eller aktivitetserättningen 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 procents ekonomisk invaliditet utbetald beviljas 100 procent aktivitetserättning under två år. Ytterligare 50 procents 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. Begränsningarna gäller då även i fortsättningsförsäkringen.

Villkoren för utbetalning av Ekonomisk invaliditet (B3.b3n) är samma som Ekonomisk invaliditet (B3.b2n) med följande avvikelser.

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar och uppfyller villkoren för utbetalning av ekonomisk invaliditet lämnas ersättning för ekonomisk invaliditet med tio procent av det ersättningsbelopp för invaliditet som det försäkrade barnet skulle ha omfattats av om inte begränsning för vissa diagnoser gällt. 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 aktivitetsersättningen/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. Begränsningarna gäller då även i fortsättningsförsäkringen.

Villkoren för utbetalning av Ekonomisk invaliditet (B3.b4n) är samma som Ekonomisk invaliditet (B3.b2n) med följande avvikelser.

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 aktivitetsersättning 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 aktivitetsersättningen/vårdbidraget som beror på den nya skadan. Den nya sjukdomen/olycksfallet måste uppfylla kraven för rätt till ersättning för att ersättning ska kunna utbetalas.

11 Barnförsäkring (B)

Olycksfallsförsäkring för barn och ungdom

Giltighet

Barnförsäkring i fortsättningsförsäkringen kan tecknas för den försäkrades arvsberättigade barn samt familjehemsplacerat barn (se Ordlista, sidan 4). För försäkrades makes, sambos barn även familjehemsplacerade barn, kan fortsättningsförsäkring tecknas om barnet omfattats av försäkringen i tidigare gruppavtal.

Fortsättningsförsäkring tecknas per barn även om barnförsäkringen i gruppavtalet gällt med en premie för samtliga barn.

Utländskt barn, som den försäkrade 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 då barnet fyller 25 år. Barnet kan då teckna Olycksfallsförsäkring, Standard – heltid. Upphör försäkringstagarens försäkring dessförinnan, upphör också barnets försäkring att gälla.

Försäkringen gäller dygnet runt.

Vad menas med olycksfallsskada?

En olycksfallsskada är en kroppsskada som barnet drabbas av genom en oföruddsedd 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 helt 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 skadevållande orsakerna ska anses föreligga om det är klart mera sannolikt än att samband inte föreligger.

Såsom olycksfallsskada räknas till exempel 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.

Omfattning

Ersättning för kostnader	B1.1
Läkekostnader	B1.a1
Tandskadekostnader	B1.c1
Resekostnader	B1.d1
Merkostnader	B1.m1
Rehabiliterings- och hjälpmedelskostnader	B1.r1
Krisförsäkring	B1.k1
Ersättning vid invaliditet	B3.1
Medicinsk invaliditet	B3.a1
Ekonomisk invaliditet	B3.b1
Ersättning vid dödsfall	B2.d1

Försäkringen lämnar ersättning endast för direkta följder av olycksfallsskada som kräver läkarvård och som inträffar under försäkringstiden. Om barnets hälsotillstånd försämras efter olycksfallet beroende på ett kroppsfel som antingen redan fanns vid olycksfallet eller som tillstött senare utan samband med olycksfallsskadan, lämnas ingen ersättning för de kostnader och den invaliditet eller dödsfall som försämringen medfört.

Med kroppsfel avses sjukdom, sjuklig förändring, lyte och men.

För förlorad arbetsinkomst lämnas ingen ersättning.

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 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.

Läkekostnader (B1.a1)

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

Vid sjukhusvård ersätts den del av vårdkostnaderna som inte motsvarar inbesparade levnadsomkostnader (normal levnadskostnad 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.

För vård eller behandling i Sverige lämnas ersättning endast om vården eller behandlingen ges inom den offentliga vården eller av 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 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 sjukgymnastik i offentlig vård.

För vård eller behandling utomlands lämnas ersättning endast om olycksfallet inträffat utomlands och vården och behandlingen sker innan barnets ursprungligt planerade vistelse utomlands upphört.

Ersättning för läkekostnader lämnas i längst fem 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 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.

Resekostnader (B1.d1)

Ersättning lämnas för resekostnader i samband med vård och behandling som 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 färd sätt som hälsotillståndet medger. Behovet måste styrkas av 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 barnet måste behandlas av läkare, bestäms ersättningen enligt skadeståndsrättsliga regler för

- a) nödvändiga och oundvikliga merkostnader som olycksfallsskadan medfört under den akuta sjukdomstiden – med högst tre prisbasbelopp (om inte annat avtalats i gruppavtalet)
- b) vid olycksfallet skadade kläder samt andra normalt burna personliga tillhörigheter (glasögon, armbandsur,

slät vigselring) – med högst 0,5 prisbasbelopp (om inte annat avtalats i gruppavtalet).

Med prisbasbelopp avses prisbasbeloppet det år då olycksfallet inträffade.

Rehabiliteringskostnader och handikaphjälpmedel (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 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 sammanlagt högst två prisbasbelopp. Med prisbasbelopp avses prisbasbeloppet det år då rehabilitering påbörjades.

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, 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 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 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 avses försäkrads förälder, syskon, mor-/farförälder, make, 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, 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.

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 barnets 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 fem 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 och framgår av försäkringsbeskedet. Om försäkringsbeloppet anges 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.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att barnets kroppsfunktion väsentligt försämras efter det att försäkringsbolaget 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.

Ekonomisk invaliditet (B3.b1)

Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av barnets 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 arbetsförmågan 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. En förutsättning härför är dock att olycksfallsskadan inom fem år från skadedagen medfört sådan förlust av arbetsförmågan.

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 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 och framgår av försäkringsbeskedet. Om försäkringsbeloppet anges 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 tolv månader från skadedagen.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att barnet förlorar ytterligare arbetsförmåga efter det att försäkringsbolaget 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.d1)

Om barnet avlider på grund av olycksfallsskada inom tre år från olycksfallet, utbetalas 0,5 prisbasbelopp. Med basbelopp avses det prisbasbelopp som gäller det år då utbetalning sker. 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 den som har tecknat fortsättningsförsäringen för barnet.

12 Diagnosförsäkring (vuxen)

Diagnosförsäkring kan tecknas i fortsättningsförsäkringen som egen produkt – om den försäkrade har omfattats av diagnosförsäkring i gruppavtalet. Diagnosförsäkringen i gruppavtalet kan antingen ha varit tecknat separat eller tillsammans med en annan försäkring i en produkt. Vad som gäller framgår av gruppavtalet.

Diagnosförsäkring kan utbetalas om den försäkrade under försäkringstiden diagnostiseras med någon av de diagnoser som finns angivna i dessa villkor och under försäkringstiden uppfyller nedan angivna förutsättningar. Ersättning utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkring är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutaldern uppnåtts.

Begränsningar vid återinsjuknande samt symptom eller besvär före försäkringens tecknande

Nedanstående begränsningar gäller om den försäkrade vid anslutningen till diagnosförsäkringen i gruppavtalet anslöts genom obligatorisk eller automatisk anslutning.

- *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 symptom före försäkringens ikraftträdande*
Under de första tolv månaderna efter försäkringens ikraftträdande gäller följande begränsning: Ersättning utbetalas inte då symptom 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.

Utbetalning av diagnosförsäkring till den försäkrade (R1.r)

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppkommer efter 30 dagar från det datum diagnos enligt punkterna 12.1 – 12.6, 12.8 eller 12.10 – 12.20 fastställts. För punkterna 12.7 och 12.9 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 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 arbetsförhet för att kvalificera sig till ytterligare försäkringsbelopp. Diagnosförsäkring kan utbetalas maximalt vid tre tillfällen och då endast för olika diagnoser.

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 försäkringsskyddet:

- 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

Progredierande (fortskridande) förlamning som följd av sjukdom i motoriska neuron – exempel-vis 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 (bypass 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.

13 Övriga begränsningar i grupp försäkringarnas giltighet

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 punkt 11.15 utbetalas dock endast om incidenten som orsakade smittan skett i Sverige.

Inom Norden

Samtliga grupp försäkringar 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
- livförsäkringens förtidskapital, barnskydd
- olycksfallsförsäkringen
- barnförsäkringen olycksfall och sjukdom.

Utanför Norden med anledning av utlandstjänst

Är den försäkrade, den försäkrades make/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 arbetsoförmåga eller olycksfall som den försäkrade drabbas av utom Nor-

den, 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 och familjeskydd

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

Livförsäkringens förtidskapital, inkomstkapital, barnskydd, sjukförsäkring och diagnosförsäkring

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

Olycksfallsförsäkring och barnförsäkring

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, barnskydd/barngruppliv, sjukförsäkring, diagnosförsäkring 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 ett 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, barnskydd/barngruppliv, sjukförsäkring, diagnosförsäkring, olycksfallsförsäkring, barnförsäkring 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 drabbat 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.

14 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).

