

Förköpsinformation

- Movestic Sjukvård Optimal

Försäkringsinformation

Movestic Sjukvård Optimal

Detta material innehåller information om Movestic Sjukvård Optimal som du enligt lag har rätt att få och som är nyttig att känna till inför anslutningen och under försäkringstiden. Informationen är en översiktlig sammanfattning av försäkringens huvudsakliga innehåll. Det är viktigt att du även läser försäkringsvillkoren. Villkoren finns tillgängliga hos din försäkringsförmedlare eller på www.movestic.se.

FÖRSÄKRINGSGIVARE

Försäkringsgivare är Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, organisationsnummer 516407-0384, en filial till Gjensidige Forsikring ASA, organisationsnummer 995568 217, med huvudkontor och säte i Oslo, Norge. Den svenska filialen har sitt huvudkontor i Stockholm. När det gäller sjukvårdsförsäkring företräds försäkringsgivaren i Sverige av Vardia försäkring, org.nr. 556809-0491.

Distributör och administratör av försäkring är Movestic Livförsäkring AB, Org.nr 516401-6718

ALLMÄNT OM FÖRSÄKRINGEN

Försäkringen ersätter nödvändiga kostnader för privat planerad vård i syfte att förbättra den försäkrades medicinska tillstånd. Inom ramen för försäkringen får de försäkrade också tillgång till sjukvårdsrådgivning och ett stort privat vårdgivarenätverk.

ANSLUTNINGSVILLKOR

Försäkringen kan tecknas av den som fyllt 16 men inte 66 år mot intygande om full arbetsförhet eller mot fullständig särskild hälsoprövning. Om det framgår av gruppavtalet eller av försäkringsdokumentationen i övrigt, kan även gruppmedlemmens make eller sambo (medförsäkrad) teckna försäkring.

Med fullt arbetsför menas att du inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk/aktivitetsersättning, skadelivränta, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra ditt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.

FÖRSÄKRINGSTIDEN

Start

Om gruppmedlemmarna automatiskt ansluts till försäkringen direkt på grund av gruppavtalet (obligatorisk grupp-försäkring), börjar försäkringen gälla för de gruppmedlemmar som uppfyller anslutningsvillkoren dagen efter att gruppavtalet ingicks, eller vid senare avtalet startdatum.

Gruppmedlemmar som tillkommer senare ansluts till försäkringen när anmälan ankommer Movestic, dock tidigast dagen efter inträdet i gruppen, under förutsättning att de då uppfyller samtliga anslutningsvillkor.

Om försäkring meddelas efter egen ansökan (frivillig grupp-försäkring), börjar enskild försäkring gälla tidigast den dag som ansökan ankommer till Movestic under förutsättning att alla villkor för anslutning är uppfyllda och att den sökta försäkringen i övrigt kan beviljas mot normal premie och utan förbehåll.

Försäkringen kan börja gälla senare om Vardia måste erbjuda dig särskilda försäkringsvillkor eller särskilt återförsäkra en del av försäkringen.

Försäkringen gäller för 1 år i taget om inget annat anges. Försäkringen förnyas automatiskt med 1 år i taget till dess att uppsägning sker.

Försäkringens upphörande

Försäkringen upphör alltid om du lämnar den grupp av personer som kan omfattas av försäkringen enligt gruppavtalet. Om försäkringen exempelvis gäller för anställda i ett visst företag, upphör försäkringen att gälla när du lämnar anställningen.

I vissa fall gäller ett efterskydd under 3 månader efter att du har lämnat gruppen, se vidare i försäkringsvillkoren.

Försäkringen upphör också om gruppavtalet sägs upp. I sådana fall får du ett skriftligt meddelande om uppsägningen. I vissa fall finns möjlighet för dig att teckna en fortsättningsförsäkring utan hälsoprövning, se vidare i försäkringsvillkoren.

Du kan säga upp din egen försäkring när du vill. Uppsägningen får verkan vid utgången av den dag då Movestic tog emot uppsägningen eller vid den tidpunkt du själv anger.

Försäkringen upphör alltid när du fyller 67 år, vilket är försäkringens slutålder. Även efterskydd och eventuell fortsättningsförsäkring upphör enligt ovan.

PREMIEN

Försäkringspremien bestäms för ett år i taget med hänsyn till försäkringsrisken. Premien ska betalas senast på den första dagen i varje premieperiod. Om premien inte betalas i rätt tid kan försäkringen sägas upp.

ÄNDRINGAR

Försäkringsvillkoren och premien kan ändras under försäkringstiden. Du får skriftlig information om viktiga förändringar.

ÅTGÄRDER VID SKADA

Anmäl alla skador till vår vårdplanering så snart som möjligt, alternativt uppsöker du först offentlig vård.

Det är vårdplaneringen som bedömer om skadan omfattas av försäkringsvillkoret och kan ge rätt till planerad privatvård inom ramen för försäkringens ersättningsregler.

I vissa fall kan vi behöva läkarintyg eller medgivande att hämta upplysningar från läkare, sjukhus m.fl. för att kunna bedöma rätten till ersättning. Om medgivande inte lämnas, kan det innebära att försäkringsgivaren inte kan bedöma sitt ansvar och ersättning därför inte utges.

FÖRSÄKRINGSERSÄTTNINGEN

Försäkringen gäller för kostnader enligt respektive förmåns omfattning under förutsättning att dessa är godkända i förväg av vår vårdförmedling och utförs av våra anvisade leverantörer och vårdgivare.

Belopp

Försäkringen gäller för nödvändiga och skäligen kostnader i enlighet med bestämmelserna för varje gällande försäkringsmoment och de gemensamma bestämmelserna, begränsningarna och dessa villkor i övrigt.

Ansvarstid

Försäkringen har ingen ansvarstidsbegränsning. Ansvarstiden för varje skadefall löper fram till försäkringens upphörande. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också ersättningen.

Självrisk

Om försäkringen gäller med självrisk så står den försäkrade vid varje skadefall för den självrisk som anges i försäkringsbeskedet. Självrisk skall betalas av den försäkrade, direkt till vårdgivaren, vid varje vårdbesök. Det totala självriskbeloppet anges i försäkringsbeskedet.

Omfattning

- Sjukvårdsrådgivning
- Vårdplanering
- Utökad sjukvårdsrådgivning
- Specialistvård
- Personlig vårdvägledare
- Operation och sjukhusvård
- Efterkontroll
- Eftervård och rehabilitering (upp till 3 månader)
- Cancervård
- Missbruksavvänjning (upp till 140 000 kr/två behandlingstillfällen)
- Sjukgymnastik, Kiropraktor och Naprapat (upp till 10 besök sammanlagt om inte särskilda omständigheter finns)
- Psykolog och psykoterapeut (upp till 10 besök)
- Akupunktur (upp till 5 besök)
- Osteopat (upp till 15 besök)
- Dietist (upp till 5 besök)
- Hemhjälp (upp till 10 timmar)
- Receptbelagda läkemedel (i samband med operation/sjukhusvistelse, upp till högkostnadsskyddet)
- Hjälpmedel (upp till 40 000 kr)
- Resor och logi om avståndet mellan hemmet och platsen för behandling överstiger 10 mil.
- Tandvårdskostnader (upp till 50 000 om somatisk sjukdom eller medicinering föranlett väsentliga skador)
- Vårdkostnader utom Norden i vissa fall (täcker självrisk i annan försäkring upp till 5000 kr)
- Second och Third Opinion

Vård & Servicegaranti

Försäkringen garanterar rätt till en första medicinsk rådgivning av specialist inom 8 arbetsdagar och inskrivning på privatsjukhus inom 18 arbetsdagar.

Behovet av specialistbesök ska avtalas med vår vårdförmedling. För inläggning på privatsjukhus behöver vår vårdförmedling först ta del av nödvändig

medicinsk dokumentation som utvisar ett sådant behov.

Om behandlingen består av flera planerade specialläkarbesök eller behandlingar, gäller garantin det första besöket eller behandlingen.

Om en operation eller annan behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller om du inte accepterar tiden för inskrivning, gäller inte garantin.

Garantin gäller den vård som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Norden.

Om garantin inte uppfylls får du 1000 kronor per dag fram till datum för inskrivning för operation eller annan behandling på privatsjukhus lämnats. Högsta ersättning är ett prisbasbelopp.

BEGRÄNSNINGAR

De flesta försäkringar innehåller några slags begränsningar. Dessa begränsningar är ofta nödvändiga för att skydda alla försäkrade mot extraordinära risker som annars skulle fördyra försäkringen. Här presenteras vissa exempel på viktigare begränsningar i försäkringens giltighet.

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

Om oriktig eller ofullständig uppgift har lämnats, kan det medföra att försäkringen är ogiltig eller att nedsättning av rätten till ersättning kan ske.

Befintlig åkomma

Åkomma som har varit journalförd, behandlad eller känd av den försäkrade innan försäkringens ikraftträdande omfattas inte av försäkringen om inget annat anges i försäkringsbeskedet.

Om den försäkrade har varit helt behandlings- och symptomfri under en sammanhängande period på minst 24 månader, kan en befintlig åkomma anses som ett nytt försäkringsfall och därmed omfattas av försäkringen.

Vissa sjukdomar och besvär

Om försäkrad inom 6 månader från ikraftträdandet av försäkringen eller sedan sjukvårdsförsäkringen senast återupptogs drabbas av psykisk åkomma (såsom exempelvis depression, ångest, stress, utmattningsrelaterade besvär eller andra psykiska besvär) lämnar försäkringen ingen ersättning för fortsatt vård, undersökning eller behandlingskostnader av den aktuella skadan

Försäkringen omfattar inte:

- Förebyggande vård, hospice eller liknande behandlingar som inte har till syfte att förbättra hälsotillståndet.
- Akut vård
- Experimentell vård, alternativ vård och behandling utförd av naturläkare eller homeopat samt behandling med naturmedicinska preparat.
- Behandling och utredning av snarkning och sömnapné.
- Behandling och utredning av elöverkänslighet
- Fibromyalgi, myalgi, cervikalgi
- Kroniska och ej behandlingsbara smärttillstånd
- Behandling och utredning av åderbräck (varicer). Dock kan ersättning lämnas för operation om remiss finns och väntetiden i den allmänna vården överstiger den statliga vårdgarantin.
- Behandling av besvär, där läkare bedömer att åkomsten inte är behandlingsbar och/eller behandling inte leder till bättring.
- Medfödda sjukdomar, handikapp eller besvär.
- Organtransplantationer och behandling i samband med detta, samt följder därav.
- Behandling av tänder, tandsjukdomar eller tandskada utöver vad som anges i villkoren.
- Preventivmedel, behandling av komplikationer och kontroller under eller i samband med familjeplanering, graviditet, förlossning, abort eller fertilitetsundersökning och behandling av infertilitet, sterilisering, sexuell dysfunktion och utförande av eller behandling i samband med könsbyte.
- Vaccination/vaccin, syntest, glasögon och linser, hörselhjälpmedel.
- Operativa ingrepp och laserkirurgi i syfte att korrigera brytningsfel i ögat.
- Demenssjukdomar och äldreomsorg i form av vård och omsorg som syftar till att tillhandahålla personer boende, hjälpmedel och personlig omvårdnad till följd av besvär hänförliga till ålder.
- Kosmetiska behandlingar och operationer eller följder därav, såvida dessa inte är en följd av en ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada som medför behov av rekonstruktiv kirurgi.

- Kontroll, behandling och operationer av fetma eller följsjukdomar som har ett konstaterat medicinskt samband med den försäkrades fetma, samt kontroll och behandling i samband med diet och viktreglering. Med fetma menas att den försäkrade har en BMI på över 30. Dock ersätts besök hos dietist enligt villkoren.
- Uteblivet besök, ett avtalat/bokat besök, behandling eller operation på en mottagning, sjukhus eller klinik där den försäkrade uteblivit eller avbokning sker efter klockan 15:00 vardagen innan besöket. Vid senare avbokning debiteras den försäkrade hela kostnaden.
- Läkarintyg eller hälsointyg.
- Sjukdom, besvär eller olycksfall som orsakats av alkohol, andra berusningsmedel, sömnmedel eller narkotiska preparat. Dock ingår missbruksavvänjning enligt villkoren.
- HIV, veneriska sjukdomar, och sjukdom som omfattas av smittskyddslagen.
- Behandling och utredning av neuropsykiatriska störningar, t.ex ADHD och autism.

Begränsningar i försäkringsskyddet finns även bland annat vid vissa riskfyllda aktiviteter, brottslig handling, eget vållande, eller till följd av krig, terrorism eller politiska oroligheter.

Preskription

Den som begär ersättning, ska göra detta snarast möjligt. Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning måste väcka talan inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsvillkoren berättigar till sådan ersättning inträdde. Annars går rätten till ersättning förlorad. Om ett anspråk har anmälts till försäkringsgivaren, har försäkringstagaren eller annan berättigad alltid rätt att väcka talan inom sex månader från det att försäkringsgivaren meddelat att denne tagit slutlig ställning till anspråket.

INFORMATION OM BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER

För fullständig information om Gjensidiges personuppgiftshantering, se produktvillkoren för försäkringen samt www.gjensidige.se/forsakring/cookies-och-sakerhet/hantering-av-personuppgifter.

Skaderegistrering

Bolaget använder sig av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Detta register innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning och används endast i samband med skadereglering. Detta innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon

skada hos annat försäkringsbolag. Ändamålet med GSR är att tillhandahålla ett underlag till försäkringsföretag för att identifiera oklara försäkringsfall. Därigenom kan företagen motverka utbetalning av ersättningar som baseras på oriktiga uppgifter liksom felaktig utbetalning från flera försäkringar för samma skada. Uppgifterna kan även användas i avidentifierad form för statistiska ändamål. Personuppgiftsansvarig för GSR är Skadeanmälningsregister (GSR) AB, Box 24171, 104 51 Stockholm. Se www.gsr.se för mer information om den behandling av uppgifter som förekommer i registret.

OMPRÖVNING AV BESLUT

Om den som har framställt ett ersättningsanspråk inte skulle vara nöjd med Bolagets beslut, så kan ärendet prövas i Bolagets försäkringsnämnd, om sådan begäran görs inom 6 månader efter beslutet. Om du vill få ditt ärende omprövat ska du i första hand vända dig till din handläggare genom att skriftligen med angivet ärendenummer redogöra vad i vårt beslut du anser är felaktigt.

I andra hand har du möjlighet att få ditt ärende prövat av Gjensidiges kundombudsman.

Kundombudsmannen fungerar som en fristående part vid omprövning av ärenden. Begäran ska göras senast ett år från det att du fick ta del av vårt slutgiltiga ställningstagande.

Gjensidige Försäkring, Kundombudsmannen, formuläret finner du på Gjensidiges hemsida: www.gjensidige.se

Allmänna nämnder

Ersättningsfrågor och eventuella försäkringstvister kan prövas av följande allmänna nämnder:

Allmänna Reklamationsnämnden
Box 174
101 23 STOCKHOLM
Tfn: 08-508 860 00
www.arn.se

Personförsäkringsnämnden
Box 24067
104 50 STOCKHOLM
Tfn: 08-522 787 20
www.forsakringsnamnder.se

Anmälan till nämnd

Om frågan avser en medicinsk bedömningsfråga ska ärendet i första hand prövas av Personförsäkringsnämnden. Nämnderna kan avvisa vissa typer av ärenden. Anmälan till Allmänna reklamationsnämnden måste ske inom 6 månader efter att Bolaget har meddelat sitt slutliga beslut i ärendet.

Allmän domstol

Försäkringstvister kan alltid prövas i allmän domstol med tingsrätt som första instans.

Oberoende rådgivning

Om du önskar oberoende rådgivning om allmänna försäkringsfrågor kan du kontakta Konsumenternas försäkringsbyrå:

Konsumenternas Försäkringsbyrå

Box 24215

104 51 STOCKHOLM

Tfn: 08-22 58 00

www.konsumenternasforsakringsbyra.se

FRÅGOR OM FÖRSÄKRINGEN

Om du har några frågor angående försäkringen är du välkommen att höra av dig till Movestic eller din försäkringsförmedlare.

KONTAKTUPPGIFTER

Movestic

Postadress

Movestic Livförsäkring AB

Box 7853

103 99 Stockholm

Telefonväxel 08-120 39 320

Faxnummer 08-120 39 239

Hemsida www.movestic.se

Gjensidige Försäkring Postadress:

Gjensidige Försäkring ASA Norge, svensk filial

Box 3031

103 61 Stockholm

Organisationsnummer 516407-0384

Telefonväxel 08-501 121 50

E-postadress info@vardia.se

Hemsida www.vardia.se