

Produktvillkor Movestic Sjukvårdsförsäkring Smart

! Gäller tillsvidare fr.o.m. 2015-01-01

1 INLEDNING

Dessa villkor gäller för produkten Movestic Sjukvårdsförsäkring Smart

1.1 Avtalsform

Försäkringen är en grupp-försäkring.

1.2 Skatteklass

Försäkringen har skatteklass K.

2 FÖRSÄKRINGSAVTALET

2.1 Parter

Försäkringsgivare är Vardia Insurance Group ASA, org.nr. 994 288 962. Styrelsens säte är Oslo. I Sverige företräds försäkringsgivaren av Vardia försäkring, org.nr. 556809-0491.

Distributör av försäkringen är Movestic Livförsäkring AB, Org.nr 516401-6718.

Ovan nämnda parter benämns i det följande gemensamt som "Bolaget".

Försäkringstagare är den som har ingått avtal om försäkring med Vardia Insurance Group ASA. Försäkrad är den på vars hälsa försäkringen gäller.

Gruppmedlem är den som tillhör den grupp av personer som kan anslutas till grupp-försäkringen, gruppen.

Grupp-företrädare är den som företräder gruppen av försäkrade.

Medförsäkrad är försäkrad gruppmedlems make eller sambo, som i denna egenskap har anslutits till försäkringen enligt bestämmelse i gruppavtalet.

2.2 Allmänt

Dessa försäkringsvillkor gäller tillsvidare för försäkringsavtal som tecknas eller förnyas från och med den 1 januari 2015. Skadefall regleras enligt de villkor som gäller när skadefallet inträffar.

För försäkringsavtalet gäller det som anges i försäkringsbeskedet, dessa villkor, försäkringsavtalslagen och allmän svensk lag i övrigt. Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som lämnas då försäkringen tecknas eller förnyas. Bestämmelse i försäkringsbeskedet har företräde framför bestämmelse i dessa villkor.

2.3 Villkor för anslutning

Försäkringen och, i förekommande fall, separata försäkringsmoment kan tecknas av en arbetsgivare eller organisation för dess anställda eller medlemmar. Arbetsgivaren eller organisationen ska vara hemmahörande med fast adress i Norden.

Försäkringen kan även tecknas genom frivillig ansökan av personer i en öppen grupp som definieras av Bolaget eller genom individuell ansökan enligt gällande riskbedömningsregler.

Grundvillkor för att teckna försäkring är att den som ska försäkras:

- är *fullt arbetsför* enligt nedanstående definition,
- inte har fyllt 66 år,
- är folkbokförd inom Norden, samt
- omfattas av allmän sjukvård genom Nordisk försäkringskassa.

Fullt arbetsför är den som inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk/aktivitetsersättning, skadelivränta, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.

Om det framgår av gruppavtalet eller försäkringsdokumentationen, så erbjuds möjlighet att teckna försäkring även för gruppmedlemmens make eller sambo. Villkoren för sådan ansökan framgår av gruppavtalet, försäkringsinformationen, försäkringsbeskedet och ansökningshandlingarna.

2.4 Upplyningsplikt

Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på Bolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för om försäkringen ska meddelas, vidmakthållas, utvidgas eller förnyas.

Försäkringstagaren och den försäkrade är under försäkringstiden skyldig att upplysa Bolaget om sådana förändringar hos försäkrade som kan ha betydelse för försäkringen, exempelvis ändrade arbetsuppgifter, utträde ur gruppen eller bosättning utanför Norden. En försäkringstagare som inser att tidigare lämnad information är oriktig eller ofullständig är skyldig att omedelbart rätta uppgifterna.

2.5 När försäkringen börjar gälla

Anslutning till försäkringen sker genom anmälan eller ansökan till Bolaget.

Vid obligatorisk anslutning börjar enskild försäkring gälla dagen efter att gruppavtalet ingicks, eller vid annat avtalat startdatum, för alla befintliga gruppmedlemmar som då har anmälts till försäkringen och uppfyller samtliga anslutningsvillkor. Gruppmedlemmar som tillkommer senare ansluts till försäkringen när anmälan ankommer Bolaget, dock tidigast dagen efter inträdet i gruppen, under förutsättning att de då uppfyller samtliga anslutningsvillkor.

Gruppmedlem som inte är fullt arbetsför vid tidpunkten för anmälan om obligatorisk anslutning, kan omfattas av försäkringen först när denne åter har varit fullt arbetsför i minst 30 dagar i följd.

Vid frivillig anslutning börjar enskild försäkring gälla tidigast den dag som ansökan ankommer till Bolaget under förutsättning att alla villkor för anslutning är uppfyllda och att den sökta försäkringen i övrigt kan beviljas.

Om det framgår av gruppavtalet, försäkringsinformationen eller ansökningshandlingarna att försäkringen ska börja gälla när den första premien betalas så börjar försäkringen gälla dagen efter att den första premien betalas.

Grupp-försäkringen gäller för 1 år i taget om inget annat anges i gruppavtalet. Grupp-försäkringen förnyas automatiskt med 1 år i taget till dess att uppsägning sker.

Enskild försäkring gäller från och med ikraftträdandet och förnyas årligen när grupp-försäkringen förnyas.

2.6 Premiebetalning

Premien bestäms för ett försäkringsår i taget och beräknas bland annat på grundval av gruppens sammansättning av personer, försäkringens omfattning, skadefallet i gruppen och Bolagets gällande premietariffer.

Premien kan läggas årsvis, halvårsvis, kvartalsvis eller månadsvis alltefter vad som har avtalats mellan parterna. Om annat inte bestämts, ska premien betalas månadsvis.

Den första premien betalas senast 14 dagar efter att premiefakturan har avsänts.

Fortsatta premiebetalningar betalas i förskott senast på den första dagen i varje premieperiod. Om premieperioden är längre än 1 månad får premien även betalas inom 1 månad efter att premiefakturan avsändes, om detta ger längre tid.

Premien förbrukas under löpande försäkringstid.

2.7 Dröjsmål med premiebetalningen

Om premien inte betalas i rätt tid får försäkringen sägas upp. Uppsägning sker skriftligt med 14 dagars uppsägningstid från avsändandet. Om hela premien betalas under uppsägningstiden fortsätter försäkringen att gälla, i annat fall upphör den.

En försäkring som har upphört på grund av obetald premie kan återupplivas genom att alla obetalda premier betalas inom 3 månader från det att uppsägningen fått verkan. Försäkringen börjar då gälla dagen efter betalningen men gäller inte för någon händelse under perioden som försäkringen var uppsagd eller för senare följder därav.

Försäkringen kan inte återupplivas om dröjsmålet avser den första premiebetalningen.

Vid dröjsmål med premiebetaling har Bolaget rätt att kräva dröjsmålsränta enligt vid var tid gällande lagstiftning därom.

2.8 Ändringar

Premien och försäkringsvillkoren får ändras av Bolaget till varje nytt försäkringsår med ett skriftligt besked som skickas tidigast 6 månader före och senast 1 månad före årsförnyelsen.

Om de grundläggande förutsättningarna för försäkringen ändras, exempelvis genom lag, förordning, myndighetsföreskrift eller annat tvingande påbud, så får försäkringen ändras i motsvarande mån med verkan från och med den premieperiod som infaller närmast efter att 1 månad har förflutit från det att skriftligt besked om ändringen har avsänts.

2.9 Ändrade förhållanden

Försäkringstagaren eller den försäkrade ska anmäla förändringar i den försäkrades yrke, arbetsuppgifter, anställnings- och arbetsförhållanden samt bosättningsförhållanden och annat som kan ha betydelse för försäkringens omfattning och premie.

Om en sådan förändring inte är anmäld vid den första premiebetalningen efter förändringen, kan Bolagets ansvar vara begränsat för händelser som inträffar efter förändringen.

2.10 Överlåtelse

Försäkringsskyddet för en enskild försäkrad kan inte överlåtas. Gruppavtalet kan överlåtas till den som har övertagit ansvaret för hela gruppen.

2.11 När försäkringen upphör

Försäkringen gäller till och med utgången av avtalstiden eller då gruppavtalet upphör.

Om annat inte följer av gruppavtalet, upphör försäkringen att gälla senast vid utgången av dagen innan den försäkrade uppnår slutåldern, som är 67 år eller, om den försäkrade har en lägre pensionsålder, vid den tidpunkten.

Försäkringen upphör också om den försäkrade avlider eller lämnar den grupp av personer som kan omfattas av försäkringen. Om försäkringen upphör att gälla för gruppmedlemmen, upphör även medförsäkrads försäkringsskydd.

Den försäkrade har när som helst under försäkringstiden rätt att säga upp försäkringen för egen del. Den upphör då att gälla vid utgången av den dag som Bolaget mottar beskedet om uppsägningen eller vid den framtida tidpunkt som anges i uppsägningshandlingen.

Enskild försäkring för medförsäkrad make eller sambo upphör om äktenskapet upplöses eller om samboförhållandet upphör. Om den försäkrade avlider kan medförsäkrad, oavsett att gruppavtalet inte upphört, teckna fortsättningsförsäkring under de förutsättningar som enligt punkt 2.12 gäller för fortsättningsförsäkring i allmänhet.

2.12 Efterskydd och fortsättningsförsäkring

Om inget annat anges i gruppavtalet gäller följande: Om försäkringen upphör på grund av att gruppavtalet sägs upp av Bolaget eller för grupps räkning eller den försäkrade upphör att tillhöra den försäkringsbara gruppen, kan den försäkrade teckna fortsättningsförsäkring i Bolaget under förutsättning att den försäkrade vid upphörandet hade omfattats av försäkringen i minst 6 månader och inte har fått, eller uppenbarligen kan få, motsvarande försäkring från annat håll.

Ansökan om fortsättningsförsäkring ska göras inom 3 månader från upphörandet. Om inte annat följer av gruppavtalet gäller dessa villkor även för fortsättningsförsäkringen, dock kan premiesättningen vara annorlunda. I en fortsättningsförsäkring ingår inte möjligheten till ytterligare fortsättningsförsäkring.

För medförsäkrad gäller särskilt att denna kan teckna fortsättningsförsäkring om gruppmedlem avlider, om äktenskap, registrerat partnerskap eller samboförhållande med gruppmedlem upphör eller om gruppmedlem uppnår försäkringens slutålder före den medförsäkrade.

Medförsäkrad kan även teckna fortsättningsförsäkring om den försäkrade upphör att tillhöra gruppen, under förutsättning att den försäkrade samtidigt tecknar fortsättningsförsäkring hos Bolaget.

2.13 Efterskydd

Om försäkringen upphör på grund av att den försäkrade lämnar gruppen av annan anledning än att en viss ålder har uppnåtts, gäller försäkringsskyddet i ytterligare 3 månader under förutsättning att den försäkrade hade omfattats av försäkringen i minst 6 månader vid utträdet och inte har fått, eller uppenbarligen kan få, motsvarande försäkring på annat sätt. Efterskyddet upphör därför att gälla, om den försäkrade respektive den medförsäkrade tecknar fortsättningsförsäkring hos Bolaget.

2.14 Begränsning i rätten till fortsättningsförsäkring och efterskydd

Rätten till fortsättningsförsäkring och efterskydd upphör när den försäkrade uppnår slutåldern eller om den försäkrade bosätter sig utomlands och inte längre omfattas av försäkringen enligt reglerna om vistelse utom Norden.

3 FÖRSÄKRINGENS OMFATTNING

3.1 Allmänt

Försäkringen gäller för kostnader enligt respektive moments omfattning under förutsättning att dessa utförs i Norden av Bolagets anvisade leverantörer och vårdgivare. Försäkringen kan i vissa fall ersätta åtgärder och kostnader utanför Norden efter godkännande i förväg av Bolaget.

Försäkringen ersätter utgifter för operationer och andra avgifter för läkare i samband med sjukhusvård. Diagnostiserande konsultationer hos specialister och generella förberedande undersökningar ersätts bara om de bedöms som rimliga och relevanta för att få klarhet i om den försäkrade lider av en sjukdom eller för att kontrollera en utförd behandling.

Ersättning lämnas i rimlig och nödvändig omfattning i enlighet med bestämmelserna för varje gällande försäkringsmoment i förening med de gemensamma bestämmelserna, begränsningarna och dessa villkor i övrigt.

3.2 Auktoriserade vårdgivare och behandlingar

Läkare, specialister m.fl. som ger behandling måste ha behörighet i det land där de praktiserar sitt yrke. Dessutom ska metoden vara godkänd av de offentliga hälsovårdsmyndigheterna i landet där behandlingen äger rum. Behandlingsmetoder som ännu inte är godkända av de offentliga hälsomyndigheterna men är under vetenskaplig utredning, kan ersättas om de godkänns i förväg av Bolaget.

3.3 Godkännande i förväg

Alla kostnader ska godkännas i förväg av Bolaget och all vård måste vara planerad och förmedlad av Bolagets och försäkringens angivna vårdförmedlare och sjukvårdsrådgivare. Ersättningen begränsas till normala, sedvanliga, skäliga och nödvändiga kostnader i regionen eller landet där behandlingen ges.

3.4 Självrisk

Om försäkringen gäller med självrisk så står den försäkrade vid varje skadefall för den självrisk som anges i försäkringsbeskedet.

4 FÖRSÄKRINGENS OMFATTNING

Försäkringen gäller för åtgärder och kostnader enligt respektive förmån under förutsättning att åtgärderna utförs i Norden av Bolagets anvisade leverantörer och vårdgivare. Försäkringen kan i vissa fall ersätta åtgärder och kostnader utanför Norden efter godkännande i förväg av Bolaget.

Akutsjukvård omfattas inte. I den utsträckning ersättning lämnas från annat håll till följd av lag, författning, konvention, kollektivavtal eller annan försäkring, utgår inte heller ersättning.

Alla kostnader ska godkännas i förväg av Bolaget och all vård ska vara planerad och förmedlad av Bolagets anlitade vårdförmedlare och sjukvårdsrådgivare. Ersättning lämnas i skälig och nödvändig utsträckning.

4.1 Försäkringsbelopp

Försäkringen gäller med ett högsta försäkringsbelopp om 1 000 000 SEK per försäkrad och försäkringsår, om inget annat framgår av försäkringsbeskedet.

4.2 Ansvarstid

Ansvarstiden för varje skadefall löper fram till försäkringens upphörande. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också rätten till behandling och ersättning.

5 FÖRMÅNER

5.1 Sjukvårdsrådgivning

Försäkringen ger den försäkrade rätt till sjukvårdsrådgivning av sjuksköterskor per telefon via Bolagets 020-nummer som anvisas på försäkringskortet

5.2 Vårdplanering

Vid skadefall ska den försäkrade alltid kontakta den av Bolaget anvisade leverantören för hjälp med vårdplaneringen.

5.3 Specialistläkare

Förmånen omfattar sådan medicinsk utredning och behandling av specialistläkare som krävs för att utreda behov av operation. Utredningen ska utföras av en vårdgivare på den försäkrades vistelseort i Sverige eller av annan vårdgivare som är anvisad av Bolaget.

5.4 Operation och sjukhusvård

Förmånen omfattar operationsförberedande undersökning, operation och sjukhusvård i samband med operation hos vårdgivare som ingår i Bolagets nätverk eller, om annat sjukhus eller mottagning bedöms vara lämpligare, på den vårdinrättningen.

5.5 Efterkontroll

Förmånen omfattar efterkontroll som utförs inom 4 månader från det att den försäkrade till följd av en skada som omfattas av försäkringen genomgått operation. Efterkontrollen ska utföras av specialistläkare och omfattar även röntgen, ultraljud och annan bilddiagnostik. Hälsokontroll och återbesök utan nödvändig medicinsk indikation ersätts inte.

5.6 Sjukgymnastik, kiropraktor och naprapat

Förmånen omfattar högst 10 besök och behandlingar av besvär som föranlett en ersättningsbar operation eller uppstått till följd av en sådan operation. Behandlingen ska ske efter en operation och på remiss av behandlande läkare. Behandlingen ska utföras av legitimerad sjukgymnast.

5.7 Behandling av psykolog/psykoterapeut

Förmånen omfattar högst 10 besök och behandlingar hos psykolog eller psykoterapeut för besvär som uppstått till följd av en ersättningsbar operation. Behandlingen ska ske efter en operation och på remiss av behandlande läkare. Behandlingen ska utföras av legitimerad psykolog eller psykoterapeut.

5.8 Hjälpmedel

Ersättning kan lämnas för kostnader för tekniska hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning eller lindring. Ersättning lämnas inte för hjälpmedel som är av-

sedda för stadigvarande bruk. Ersättning kan lämnas med upp till 40.000 SEK. Rätten till ersättning gäller endast i samband med en ersättningsbar operation.

6 VÅRDGARANTI OCH SECOND OPINION

6.1 Vårdgaranti Operation 18 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till inskrivning på privat sjukhus för operation eller sådan sjukhusvård som omfattas av denna försäkring inom 18 arbetsdagar från det att Bolaget har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation som utvisar ett sådant behov.

Om vården består av flera planerade behandlingar, gäller vårdgarantin den första inskrivningen. Om en operation eller annan behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller att försäkrad inte accepterar tiden för inskrivning, gäller inte garantin. Garantin gäller den vård som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Norden.

Om vårdgarantin för inskrivning inte uppfylls, får den försäkrade 1000 SEK per arbetsdag fram till datumet för inskrivning för operation eller annan behandling på privatsjukhus lämnats. Högsta ersättning är ett prisbasbelopp.

6.2 Servicegaranti Specialist 8 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till en första medicinsk rådgivning av specialist inom 8 arbetsdagar från det att Bolaget har mottagit samtal från den försäkrade där behovet av ett specialistbesök avtalas. Om behandlingen består av flera planerade specialistläkarbesök, gäller servicegarantin det första besöket. Om en behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller om den försäkrade inte accepterar föreslagen tid, gäller inte servicegarantin.

Servicegarantin gäller den vård som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Norden. Om servicegarantin inte uppfylls, får den försäkrade 1000 SEK per arbetsdag fram till datumet då garantin uppfylls. Högsta ersättning är ett prisbasbelopp.

6.3 Second opinion

Second opinion ger en försäkrad i vissa fall rätt till ytterligare en medicinsk bedömning av en specialist, som godkänns i förväg av Bolaget.

Second opinion gäller om den försäkrade står inför svåra medicinska ställningstaganden avseende vård eller behandling på grund av en allvarlig eller livshotande sjukdom som ersätts av försäkringen, förutsatt att:

- i. Behandlingen kan innebära särskilda risker,
- ii. valet har betydelse för framtida livskvalitet och
- iii. det inte står helt klart vilken behandling som är mest lämplig i det aktuella fallet.

6.4 Third opinion

Om specialistläkarna efter en second opinion har olika uppfattning om vilken behandling som är mest lämplig för den försäkrade, erbjuds bedömning av en tredje specialistläkare. Efter denna bedömning ersätts inte ytterligare bedömning av skadan.

7 BEGRÄNSNINGAR I OMFATTNINGEN

7.1 Undantagna åkommor och behandlingar

Om inte annat framgår av försäkringsbeskedet och utöver vad som framgår av respektive förmån samt, gäller inte försäkringen för kostnader som avser:

- 7.1.1 Förebyggande vård och åtgärd, akut vård, experimentell vård, alternativ vård och behandling utförd av naturläkare eller homeopat samt behandling med naturmedicinska preparat.
- 7.1.2 Organtransplantationer och behandling i samband med detta, samt följer därav.
- 7.1.3 Behandling av tänder, tandsjukdomar eller tandskada.

- 7.1.4 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.
- 7.1.5 Behandling och utredning av snarkning och sömnapné.
- 7.1.6 Kroniskt smärttillstånd.
- 7.1.7 Hörselhjälpmedel.
- 7.1.8 Operativa ingrepp och laserkirurgi i syfte att korrigera brytningsfel i ögat.
- 7.1.9 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.
- 7.1.10 Behandling av besvär, där läkare bedömer att åkomman inte är behandlingsbar och/eller behandling inte leder till bättring.
- 7.1.11 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.
- 7.1.12 Medfödda sjukdomar, handikapp eller besvär.
- 7.1.13 Kontroll, behandling och operationer av fetma eller följd-sjukdomar 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.
- 7.1.14 Uteblivet besök, ett avtalat/bokad 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.
- 7.1.15 Läkarityg eller hälsointyg.
- 7.1.16 Sjukdom, besvär eller olycksfall som orsakats av alkohol, andra berusningsmedel, sömnmedel eller narkotiska preparat.
- 7.1.17 HIV, veneriska sjukdomar, och sjukdom som omfattas av smittskyddslagen.

7.2 Befintlig åkomma

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

En befintlig åkomma kan räknas som ett nytt försäkringsfall och därmed omfattas av försäkringen, om den försäkrade varit symptom-, behandlings- och medicineringsfri under en sammanhängande period om mer än 24 månader sedan den befintliga åkomman senast visade symptom, var föremål för behandling, medicinering eller kontroll/undersökning.

Om försäkringen tecknas utan karens för befintliga åkommor, gäller den inte för sådana åkommor som är remitterade till operation vid anslutningstillfället eller där det finns medicinsk utredning med operation som möjligt utfall.

7.3 Begränsning för vissa sjukdomar och besvär

Om försäkrad inom 6 månader från ikraftträdandet av försäkringen eller sedan sjukvårdsförsäkringen senast återupptogs drabbas av psykisk åkomma eller rygg-, led- eller muskelbesvär som inte kan påvisas vara orsakade av ett olycksfall, lämnar försäkringen ingen ersättning för vård, undersökning eller behandlingskostnad.

Om försäkrad som drabbats av besvär enligt ovan och därefter åter drabbas av samma besvär, ska den försäkrade ha varit symptom- och besvärsfri i minst 12 månader (räknat från den dag den försäkrade sen-

ast varit helt symptom- och besvärsfri) för att ersättning ska kunna lämnas.

Ytterligare förutsättningar för att ersättning ska kunna lämnas är att den försäkrade under 12-månadersperioden inte har varit helt eller delvis arbetsoförmögen och inte genomgått undersökning, kontroll, vård eller behandling till följd av besvär som omfattas av begränsningen.

7.4 Framkallande av försäkringsfall

Försäkringen gäller inte skada som orsakats av den försäkrade själv med uppsåt.

Om den försäkrade genom grov oaktsamhet åsamkat sig själv skada, får ersättningen reduceras i den omfattning som är skälig i förhållande till den försäkrades förhållanden och omständigheterna i övrigt. Detsamma gäller om den försäkrade har agerat eller underlåtit att agera trots en insikt om att det innebar en avsevärd risk för skada eller sjukdom.

Dessa begränsningar gäller inte om den försäkrade led av en allvarlig psykisk störning vid skadetillfället

7.5 Riskfylld verksamhet

Försäkringen ersätter inte kostnader i samband med försäkringsfall till följd av att den försäkrade utövar något av följande:

- Idrott som ger den försäkrade bidrag från sponsorer, lön eller annan inkomst,
- tävlings- eller träningsverksamhet i samband med elitidrott (idrott på mästerskapsnivå, division 2 eller högre),
- tävlings- eller träningsverksamhet vid idrottsgymnasium, högskola eller annan utbildning med idrottsinriktning,
- utövande av boxning eller annan kampsport med slag/sparkar,
- militär flygning, avancerad flygning eller yrkesmässig provflygning,
- yrkesmässig motorsport,
- bergsklättring eller dykning (avseende större djup än 30 m, ensamdykning, vid avsaknad av ytororganisation eller is-, vrak- eller grottdykning),
- ”extrema” sporter, ”äventyrssporter” eller deltagande i expedition av ”äventyrskaraktär”, eller
- särskilt riskfylld verksamhet, såsom stuntman, luftakrobat livvakt eller liknande.

7.6 Krig eller politiska oroligheter

Skada som uppkommer i samband med deltagande i krig eller politiska oroligheter utanför Sverige omfattas inte av försäkringarna.

Deltagande i internationellt fredsbevarande uppdrag för Sveriges räkning bedöms som vistelse, inte som deltagande i krig eller politiska oroligheter.

För krigstillstånd i Sverige gäller särskilda lagregler för försäkringsersättning och premie.

7.7 Terrorism

Försäkringen gäller inte för skada vars uppkomst eller omfattning har direkt eller indirekt samband med terrorism.

Med terrorism menas en handling utförd av en person eller grupp av personer med intentionen att influera statsmakt eller injaga fruktan hos, delar av eller hela, allmänheten, oavsett om de agerar på egen hand eller för en organisation eller statsmakt, för politiska, religiösa eller ideologiska motiv.

7.8 Atomkärnprocess

Försäkringen gäller inte vid skada, som inträffar till följd av atomkärnprocess, till exempel kärnklyvning, kärnsammansmältning eller radioaktivt sönderfall.

7.9 Force majeure

Bolaget ansvarar inte för sådan skada som beror på krig, krigsliknande händelse, inbördeskrig, revolution, uppror, terrorhandling, politiska oroligheter eller liknande händelser.

Bolaget är inte ansvarigt för en skada som beror på arbetsmarknadskonflikt, strejk, blockad, bojkott, lockout eller liknande händelser, även om Bolaget självt vidtar eller är föremål för någon sådan konfliktåtgärd.

Bolaget är inte heller ansvarigt för skada som beror på konfiskation eller nationalisering, lagbud, myndighets åtgärder, naturkatastrof eller skada på person och/eller egendom genom order från regering eller myndighet, eller någon annan liknande omständighet.

7.10 Kollektiv skadehändelse

Vid kollektiva skadehändelser begränsas ersättningen till högst 10.000.000 SEK för alla drabbade försäkrade sammantagna. Med kollektiv skadehändelse avses en och samma kollektiva sjukdomssmitta eller ett och samma olycksfall som drabbar fler än 10 personer inom 72 timmar.

Försäkringen gäller inte för pandemier, epidemier eller kollektiv sjukdomssmitta där myndigheterna leder insatserna för de drabbade.

7.11 Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

Om försäkringstagaren och/eller den försäkrade har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter som har betydelse för bolagets beslut att meddela, vidmakthålla, utvidga eller ändra försäkringen eller i övrigt har påverkat försäkringens innehåll, gäller vad som för sånt fall stadgas i vid var tid gällande lagstiftning.

7.12 Felaktiga och försenade meddelanden

Anspråk på Bolaget kan inte grundas på uppgifter i dokument eller meddelande från Bolaget, om dokumentet eller meddelandet till följd av misstag fått felaktig lydelse, såvida inte Bolaget underlåter att rätta uppgiften efter det att Bolaget fått kännedom om felet.

7.13 Brottslig handling

Förmån gäller inte för händelser som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

7.14 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.

8 Åtgärder vid skada

8.1 Anmälan av skadefall

8.1.1 Anmälan till Bolaget

Vid skadefall ska den försäkrade och/eller försäkringstagaren göra en anmälan per telefon till Bolagets vårdplaneringsnummer enligt regler som gäller för det försäkringsmoment som ingår i försäkringsavtalet. Vid bokad behandling ska den försäkrade alltid och utan dröjsmål göra en skriftlig skadeanmälan till Bolaget. Om Bolaget bedömer att skadan inträffat innan försäkringarnas tecknande kan Bolaget innan godkännande av skadefallet, kräva att den försäkrade fyller i skadeanmälan med uppgifter kring sjukdomshistorik innan beslut kring vidare ersättning kan fastställas.

8.1.2 Anmälan till sjukvårdsservice

Anmälan om sjukdom eller olycksfallsskada som görs till Bolaget och som kan ge rätt till ersättning ska anmälas till

Bolagets sjukvårdsservice snarast möjligt. Den som gör anspråk på ersättning ska, om Bolaget begär det, sända in läkarintyg och övriga

handlingar, som är av betydelse för fastställande av rätten till ersättning. Kostnaderna för läkarintyg och övriga handlingar ersätts av

Bolaget och ska styrkas med originalkvitton. En förutsättning för rätt till ersättning är att den försäkrade utan dröjsmål anlitar behörig vårdgivare som Bolaget anvisar.

8.1.3 Inhämtande av upplysningar

Medgivande för Bolaget att för bedömning av försäkrads rätt till ersättning och försäkringarnas giltighet inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, arbetsgivare, gruppöreträdare, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning ska lämnas om

Bolaget begär det.

8.1.4 Privat vård

Av ersättningsmomenten i avsnittet 3 ovan, framgår att Bolagets sjukvårdsservice ska förmedla privat vård.

8.1.5 Offentlig vård

Av ersättningsmomenten framgår att Bolaget kan godkänna att försäkrad nyttjar offentlig vård i stället för privat vård.

8.2 Tidpunkt för utbetalning av ersättning

Bolaget ska betala försäkringsersättning senast 1 månad efter det att rätten till ersättning inträtt och den som gör anspråk på ersättning fullgjort vad som krävs i avsnittet G 1 Anmälan av skadefall. Bolaget ska betala ränta enligt 6 § i räntelagen (1975:635) om betalning inte sker i tid.

9 OM DU INTE ÄR NÖJD

9.1 Bolagets försäkringsnämnd

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.

9.2 Kostnadsfri prövning

Prövningen är kostnadsfri för försäkringstagaren och den försäkrade.

9.3 Kontaktuppgifter

Vardia Försäkring, Överprövningsnämnden, Box 38, 971 02 Luleå.

9.4 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.

95 **Allmän domstol**

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

9.1 **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

10 **PERSONUPPGIFTER**

10.1 **Sekretess**

All personal hos Bolaget och eventuella samarbetspartners arbetar under sekretess som innebär att dina uppgifter inte obehörigen kommer att röjas för någon utomstående. Vårdgivarna omfattas av sjukvårdens patientsekretess.

10.2 **Personuppgiftslagen**

10.2.1 **Behandling av personuppgifter**

Dina personuppgifter kommer att behandlas för att administrera försäkringen, bedriva produktutveckling och skadeförebyggande forskning, upprätta försäkringsstatistik samt genomföra marknadsföringsaktiviteter. Uppgifter kan i vissa fall lämnas till Bolagets medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för Bolagets räkning och de återförsäkringsbolag som Bolaget anlitar.

10.2.2 **Tidsrymd**

Personuppgifter kan komma att behandlas under viss tid efter att försäkringen har avslutats eller om försäkringen inte beviljas.

10.2.3 **Information om personuppgifter**

Du har rätt att få information om de personuppgifter om dig som Bolaget behandlar. Informationen kan fås gratis en gång per år.

Du kan begära att felaktiga eller missvisande uppgifter rättas. Skriftlig begäran om information eller rättelse skickas till:

Movestic, PUL-ansvarig, Box 7853, 103 99 Stockholm

11 **BEGREPPSFÖRKLARINGAR**

Ansvarstid	Ansvarstid avser den tid under vilken försäkringen lämnar ersättning för godkänt skadefall. Avbokning av vård Avbokning av vård eller behandling ska göras senast klockan 15.00 vardagen innan besöket. Vid senare avbokning debiteras den försäkrade för hela kostnaden.
Behandlings- och symptomfri	Behandlings- och symptomfri avser att den försäkrade inte behöver vård, medicinering, behandling eller genomgå kontroller på grund av åkomma. Försäkrad som har tid utsatt hos vårdgivare för återbesök eller kontroll till följd av åkomma anses inte i något fall vara behandlings- och symptomfri.
Bilddiagnostik	Bilddiagnostik avser undersökningar som används för att skapa bilder på en känd eller okänd medicinsk

	indikation. Det inbegriper bland annat tekniker som magnetröntgen, ultraljud, mammografi, angiografi, endoskopi med flera.
BMI	BMI är förkortning för "Body Mass Index". BMI räknas ut genom att dividera en persons vikt i kilogram med personens längd i meter upphöjt till två. Exempelvis är BMI för en man som väger 80 kg och är 1,80 m lång: $80 / (1.80 \times 1.80 = 3.24) = 24.7$.
Familjeservice	Familjeservice innebär hjälp med barmtillsyn. Det ingår hjälp med hämtning från skola/förskola/fritids, enklare mellanmål och läsläsning.
Fullt arbetsför	Fullt arbetsför är den som inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk/aktivitetsersättning, skadelivranta, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.
Fysisk sjukdom	Fysisk sjukdom avser sjukdom av somatisk (icke-psykisk) karaktär.
Försäkringsfall	Försäkringsfall avser varje nytt insjuknandetilfälle.
Försäkringstid	Försäkringstid avser den tid som försäkringen är i kraft och gällande.
Gruppavtal	Gruppavtal är det avtal som träffas mellan försäkringsbolaget och försäkringstagaren eller gruppförträdaren som innebär att en viss grupp omfattas av försäkring eller erbjuds att teckna försäkring till givna villkor.
Gruppförträdare	Gruppförträdare är den som företräder gruppen av försäkrade
Gruppmedlem	Gruppmedlem är den som tillhör den grupp av personer som kan anslutas till gruppförsäkringen.
Hemhjälp	Hemhjälp innebär hjälp med vardagliga hushållssysslor som t.ex. städning, handling och matlagning.
Medförsäkrad	Medförsäkrad är försäkrad gruppmedlems make, maka, sambo eller barn, som i denna egenskap har anslutits till försäkringen enligt bestämmelse i gruppavtalet.

Norden	Norden avser Sverige, Norge (utom Svalbard), Finland, Island och Danmark (utom Grönland och Färöarna).
Offentlig vård	Offentlig vård avser sådan vård där behandlingskostnaden subventioneras med offentliga medel.
Olycksfallsskada	Olycksfallsskada avser kroppsskada som ofrivilligt drabbat den försäkrade genom plötslig yttre händelse.
Privatvård	Privatvård avser sådan vård som inte finansieras med offentliga medel.
Professionell idrott	Professionell idrott - se 7.5
Sluten vård	Sluten vård avser sjukvård som kräver sängplats med en eller flera övernattningar.
Sjukdom	Sjukdom avser en sådan försämring av hälsotillståndet som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt definitionen av olycksfallsskada. Med sjukdom avses inte frivilligt orsakad kroppsskada.
Sjukperiod	Sjukperiod avser den tid som den försäkrade är arbetsoförmögen utan avbrott.
Skadefall	Skadefall avser att den försäkrade drabbas av åkomma som ger rätt till ersättning, vård eller rådgivning. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som ett skadefall. Sjukdomar som exempelvis influensa och infektioner är nya skadefall vid varje nytt insjuknandetillfälle.
Slutenvård	Slutenvård avser sjukvård som kräver sängplats med en eller flera övernattningar.
Vård	Vård avser medicinsk åtgärd som innefattar utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad.
Åkomma	Åkomma avser bland annat sjukdom, kroppsskada, kroppsfel, smitta, arbetsförmåga, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning samt andra hälsobesvär.
Äldreomsorg	Avser hjälp åt gamla i syfte att bereda ekonomisk trygghet, goda bostäder och personlig omvårdnad, till exempel hemhjälp.

	hemsamarit, hemsjukvård samt vård på ålderdomshem eller motsvarande.
Öppenvård	Öppenvård avser sjukvård som inte kräver sängplats med övernattning.

12 KONTAKTUPPGIFTER

12.1 MOVESTIC

Postadress

Movestic Livförsäkring AB

Box 7853

103 99 Stockholm

Organisationsnummer 516401-6718

Styrelsens säte Stockholm

Telefonväxel 08-120 39 320

Faxnummer 08-120 39 239

Hemsida www.movestic.se

Movestic Livförsäkring AB är ett svenskt försäkringsaktiebolag som bedriver livförsäkringsverksamhet med tillstånd av Finansinspektionen.

12.2 Vardia Försäkring

Postadress:

Vardia Försäkring AB

Humlegårdsgatan 14

114 38 Stockholm

Organisationsnummer 556809-0491

Telefonväxel 08-501 121 50

E-postadress info@vardiaforsakring.se

Hemsida www.vardiaforsakring.se

12.3 Vardia Insurance Group

Postadress

Vardia Insurance Group ASA

Haakon VII gate 2

0161 OSLO

Norge

Organisationsnummer 994 288 962 (N)

Telefon +47 21 04 90 90

E-postadress: post@scaninsurance.com

Hemsida www.scaninsurance.com

Vardia Insurance Group ASA står under tillsyn av den norska tillsynsmyndigheten Finanstilsynet.

Tjänster Movestic Sjukvårdsförsäkring Smart

! Gäller tillsvidare fr.o.m. 2015-01-01

TILLVALSTJÄNSTER TILL MOVESTICS SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING OCH HÄLSOPLAN

Den som i samband med tecknandet av sjukvårdsförsäkring eller hälso-plan köper någon av eller båda tjänsterna Hälsokontroll samt Frånvarotjänst, förbinder sig också att ingå ett avtal om tjänst med Movestic. Tjänsteavtalet är ett komplement till försäkringen och kan omfatta de tjänster som följer nedan. Tjänsterna ska utföras av den vårdförmedlare eller annan som Movestic anvisar.

Hälsokontroll

Hälsokontroll innebär att kunden får genomgå en hälsoundersökning vartannat år. Den första Hälsokontrollen kan bokas när 12 månader förflutit från tilläggstjänstens tecknande.

Frånvarotjänst

Frånvarotjänsten vänder sig till de företag som aktivt vill jobba med sjukfrånvaron. Med Frånvarotjänsten får den anställde professionell hjälp direkt vid sjukanmälan. Ärenden uppmärksammas tidigt och arbetsgivaren får en bättre insyn i företagets hälsosituation.

Med beaktande av gällande sekretessbestämmelser får företaget löpande statistik gällande hälsoläget och därigenom ett underlag för hälsobokslutet.

Dygnet runt året om tar vi emot anmälan om egen sjukdom, VAB (vård av barn) eller annan oplanerad frånvaro från anställda. Därefter kontaktas den anställde av en legitimerad sjuksköterska. Sköterskan ställer frågor för att klarlägga den anställdes vård- och behandlingsbehov. Vid behov lämnar sjuksköterskan förslag till vård och behandling samt information om lämplig vårdinrättning. När samtalet avslutats informeras relevanta personer hos arbetsgivaren om den aktuella frånvaron. Vid VAB tas den anställdes anmälan emot och rapporteras vidare till Försäkringskassan och arbetsgivaren.

På sjukfrånvarons tredje dag, kontaktar en sjuksköterska den anställde för att höra hur han/hon mår samt ge vidare råd och information till den anställde.

På sjukfrånvarons sjätte dag skickas ett SMS till den anställde med meddelande om att det är krav på läkarintyg efter dag sju. Den åttonde dagen informeras berörda på företaget om kravet på läkarintyg för den anställde.

Vid 14 dagars sjukfrånvaro i en följd överförs ärendet till Försäkringskassan. Berörda på företaget informeras om att anmälan till Försäkringskassan har gjorts. När den anställde eller barnet blivit friskt, görs en frisknämälning till oss. På så sätt får företaget korrekt information och statistik.