

Försäkringsvillkor

Gruppförsäkring

FL 1068 24-01-01

Gäller från och med den 1 januari 2024
Försäkringsvillkor Gruppförsäkring
Folksam ömsesidig livförsäkring
Folksam ömsesidig sakförsäkring

Folksam

Innehåll

Försäkringsvillkor gruppförsäkring 4
Försäkringsgivare 4
Motverkande av penningtvätt och finansiering av terrorism 4
Skaderegistrering 4
Skatteregler 5
Återbäring Folksam ömsesidig sakförsäkring 5
Återbäring Folksam ömsesidig livförsäkring 5

Förklaringar av viktiga begrepp 5

Gemensamma bestämmelser 8
Allmänt 8
Begränsningar i försäkringens giltighet 12

5 Produktvillkor Livförsäkring (L) 14
5.1 Omfattning 14
5.2 Rätt till ersättning – dödsfallskapital (LD) 14
5.3 Förmånstagarförordnande för livförsäkring 14
5.4 Rätt till ersättning – barngruppliv (BL) – försäkring för barns dödsfall 15

6 Produktvillkor Förtidskapital (FK 1.1), (FK 1.2) 15
6.1 Omfattning förtidskapital med slutålder 62 år (FK1.2) 15
6.2 Rätt till ersättning – förtidskapital på grund av sjukersättning eller långvarig arbetsoförmåga 15
6.3 Omfattning förtidskapital med slutålder 65 år (FK1.1) 18
6.4 Rätt till ersättning – förtidskapital på grund av sjukersättning eller långvarig arbetsoförmåga 18

7 Produktvillkor Familjeskydd (FS, FS2) 21
7.1 Omfattning 21
7.2 Rätt till ersättning 21
7.3 Förmånstagarförordnade 21

8 Produktvillkor Sjukförsäkring (S), (S3) 22
8.1 Omfattning (S, S3) 22
8.2 Rätt till ersättning för försäkring med tidsbestämd ersättningstid (S) 22
8.3 Rätt till ersättning för försäkring utan tidsbestämd ersättningstid (S3) 23
8.4 Gemensamma bestämmelser (S), (S3) 24
8.5 Medicinsk invaliditet vid sjukdom 25

9 Produktvillkor Diagnosförsäkring 26
9.1 Omfattning diagnosförsäkring –vuxen (R1.r) 26
9.2 Begravningshjälp (R1.b) 29
9.3 Krisförsäkring (R1.k) 29
9.4 Premiebefrielse 29

10 Produktvillkor Olycksfallsförsäkring 29
10.1 Giltighet 29
10.2 Omfattning 30
10.3 Gemensamma regler 31
10.4 Rätt till ersättning 31
Olycksfallskapital (O2.b2) 37
Gemensamt för 03.a1 och 03.a7 40
Förskott 40
Handikappfordon (O2.h2) 43
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet – heltid (OT) 43
Ersättning vid invaliditet (O3.4) 43
Medicinsk invaliditet (O3.a4) 43
Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar 44
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (O3.a4) 44
Medicinsk invaliditet vid sjukdom (O3.a5) 44

12 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-GN) 47
12.1 Giltighet – barnförsäkring 47
12.2 Omfattning – barnförsäkring 50
12.3 Rätt till ersättning 50
Krisförsäkring – Gravid för familjen (B1.k1n) 51
Diagnosförsäkring – Gravid (BR.1n) 52
Ersättning vid dödsfall (B2.d2n) 53
Diagnosförsäkring – Barn (BR.1n) 57
Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f1n) 58
Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f3n) 60

13 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-G) 65
13.1 Giltighet – barnförsäkring 65
13.2 Omfattning – barnförsäkring 67
13.3 Rätt till ersättning – barnförsäkring 68
Ersättning för kostnader (B1) 68
Diagnosförsäkring – Barn (BR) 70
Vanprydande ärr (B2.e2) 72
Ersättning vid dödsfall (B2.d2) 72
Ersättning vid invaliditet (B3.2) 72
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (BT) 75
13.4 Giltighet – Gravidförsäkring bas eller plus 75
13.5 Omfattning Gravidförsäkringen 75
13.6 Rätt till ersättning – Gravidförsäkringen 76

Efterskydd och Fortsättningsförsäkring 81
Efterskydd 81

Fortsättningsförsäkring 81

Övrig information 82
Behandling av personuppgifter 82

Vi vill att du ska vara nöjd 82
Vänd dig först till oss på Folksam 82

Försäkringsvillkor gruppförsäkring

Dessa försäkringsvillkor gäller från och med den 1 januari 2024 till dess nya försäkringsvillkor börjar gälla. Försäkringsfall som inträffar under denna period ska således regleras enligt dessa villkor.

För försäkringarna gäller dessutom vad som anges i försäkringsbeskedet och vad som bestäms i gruppavtalet, försäkringsavtalslagen och allmän svensk lag i övrigt.

Särskild bestämmelse i gruppavtalet har företräde framför bestämmelse i dessa villkor. Försäkringsvillkoren gäller för både gruppmedlem och eventuell medförsäkrad.

När vi i villkoren använder orden *”du”, ”dig”, ”din”, ”dina”* menar vi – om inte annat anges – varje försäkrad, som kan vara såväl gruppmedlem som medförsäkrad. I de fall olika regler gäller för gruppmedlem och medförsäkrad anges detta särskilt. Med *”vi”, ”oss”, ”vår”* avses försäkringsgivarna Folksam Sak eller Folksam Liv.

Av gruppavtalet framgår vilka försäkringar som den avtalsslutande gruppen har tecknat i Folksam. I försäkringsbeskedet kan du se vilka av dessa försäkringar som du omfattas av.

Försäkringsgivare

Försäkringsgivare till *Sjukförsäkring, Diagnosförsäkring, Livförsäkring* och *Familjeskydd* är Folksam ömsesidig livförsäkring, organisationsnummer 502006-1585.

Försäkringsgivare till *Förtidskapitalförsäkring*, *Olycksfallsförsäkring* och *Barn och gravidförsäkring* är Folksam ömsesidig sakförsäkring, organisationsnummer 502006-1619.

Båda Folksambolagen har adress 106 60 Stockholm och telefonnummer 0771-950 950. Bolagen benämns nedan Folksam.

Folksams verksamhet är försäkringar och sparande. Verksamheten står under tillsyn av Finansinspektionen, och Folksams marknadsföring lyder under svensk lag.

Försäkringsvillkoren tillhandahålls på svenska och all kommunikation mellan dig och Folksam sker på svenska.

Motverkande av penningtvätt och finansiering av terrorism

Folksam Liv följer ett strikt regelverk för att förhindra att dess produkter och tjänster utnyttjas för finansiell brottslighet. Försäkringstagare, försäkrad och andra personer relaterade till försäkringsavtalet är skyldiga att förse Folksam Liv med all nödvändig information och dokumentation med anledning av tillämplig lagstiftning.

Folksam Liv har rätt att

- begränsa ett befintligt avtal samt vägra att ingå nytt avtal om förutsättningarna i första stycket inte är uppfyllda eller i de fall misstanke om penningtvätt eller finansiering av terrorism föreligger
- avsluta avtalsförhållandet om det på skälig grund kan misstänkas att nyttjandet av Folksam Livs produkter eller tjänster utgör led i penningtvätt eller finansiering av terrorism
- dela information till andra bolag inom Folksamgruppen i syfte att upptäcka och motverka penningtvätt och finansiering av terrorism.

Skaderegistrering

Vi använder oss 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. Det innebär att vi får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsföretag eller myndighet som handlägger likartade ersättningsanspråk. Ändamålet med GSR är att tillhandahålla ett underlag till försäkringsföretag och myndigheter som handlägger likartade ersättningsanspråk för att identifiera oklara försäkringsfall. Därigenom kan företag och myndigheter motverka utbetalning av ersättningar som baseras på oriktiga uppgifter. 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.

Vi kan också lämna uppgifter om bland annat stölder och eftersökt gods till Larmtjänst AB, en branschgemensam organisation som arbetar för att bekämpa försäkringsrelaterad brottslighet.

Skatteregler
Försäkringarna är i skatterättslig mening kapitalförsäkringar. Premien är inte avdragsgill i inkomstdeklarationen. Försäkringsbelopp som utbetalas är fria från inkomstskatt.

Återbäring Folksam ömsesidig sakförsäkring
Premien du betalar för försäkringen kan ge rätt till återbäring om du har tecknat försäkringen som privatperson samt varit kund i Folksam ömsesidig sakförsäkring den 31 december det år för vilken återbäring ska lämnas.

Du kan inte få återbäring om försäkringen är obligatorisk eller om du kan få återbäring på premien på annat sätt.

En förutsättning för utbetalning av återbäring är att den, tillsammans med återbäring från andra återbäringsgrundande försäkringar i Folksam ömsesidig sakförsäkring, uppgår till 100 kronor. Om din återbäring är lägre än 100 kronor sparas den tills utbetalning kan ske. Den sparas också om utbetalning inte har kunnat ske av andra orsaker. Om din återbäring har varit orörd i tre år förlorar du rätten till den.

Har du ett autogiromedgivande sker utbetalning av återbäring till ditt konto, i annat fall sker utbetalning genom avdrag på kommande premiefaktura. I sista hand kan utbetalning ske via utbetalningsavi.

Återbäring Folksam ömsesidig livförsäkring
Premien du betalar för försäkringen kan ge rätt till återbäring om du har tecknat försäkringen som privatperson samt varit kund i Folksam ömsesidig livförsäkring den 31 december det år för vilken återbäring ska lämnas. Du kan inte få återbäring om försäkringen är obligatorisk eller om du kan få återbäring på premien på annat sätt.

En förutsättning för utbetalning av återbäring är att den, tillsammans med återbäring från andra återbäringsgrundande försäkringar i Folksam ömsesidig livförsäkring, uppgår till 100 kronor. Om din återbäring är lägre än 100 kronor sparas den tills utbetalning kan ske. Den sparas också om utbetalning inte har kunnat ske av andra orsaker. Om din återbäring har varit orörd i tre år förlorar du rätten till den. Har du ett autogiromedgivande sker utbetalning av återbäring till ditt konto, i annat fall sker utbetalning genom avdrag på kommande premiefaktura.

I sista hand kan utbetalning ske via utbetalningsavi.

Förklaringar av viktiga begrepp

Akut sjuktid
Med akut sjuktid menas den tid under vilken du givits vård och behandling för att förhindra eller minska menliga följder av skadan inklusive uppkomna komplikationer.

Den akuta sjuktiden varar till dess ett stationärt (stillastående) tillstånd inträtt.

Arbetsoförmåga
Med arbetsoförmåga menas att du på grund av sjukdom eller olycksfallsskada förlorat arbetsförmågan eller fått den nedsatt. Folksams bedömning av din rätt till ersättning utgår från bestämmelserna i socialförsäkringsbalken och Försäkringskassans beslut. Om du uppbär sjuklön, enligt lagen om sjuklön, betraktas du också som arbetsoförmögen.

Familjehemsplacerade barn
Barn som placerats hos gruppmedlem alternativt gruppmedlems make/maka eller sambo enligt beslut i socialnämnd.

Fast anknytning
Med fast anknytning avses ett fast driftsställe med stadigvarande plats för verksamhet i Sverige.

Fullt arbetsför
För att anses som fullt arbetsför ska du utan inskränkningar kunna fullgöra ditt vanliga arbete på arbetsplatsen eller i hemmet.

Fullt arbetsför är inte
- den som har hel eller partiell sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller motsvarande
- den som har vilande sjukersättning eller motsvarande
- den för vilken vårdbidrag beviljats

Åter fullt arbetsför
Den som har eller har haft aktivitetsersättning, sjukersättning eller motsvarande anses som fullt arbetsför igen efter att ha kunnat fullgöra sitt arbete i två år utan sjukperioder överstigande 28 kalenderdagar i följd.

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

Försäkrad
Den person vars liv eller hälsa försäkringen gäller för.

Försäkringsberättigad grupp
En bestämd grupp av personer som enligt ett gruppavtal kan ha rätt att ansluta sig till försäkring, till exempel medlemmar i en ekonomigrupp, förening eller anställd i ett företag.

Försäkringsbesked
Ger en översiktlig information om försäkringens omfattning.

Försäkringsfall
Den händelse som enligt försäkringsvillkoren kan ge rätt till ersättning.

Tidpunkt för försäkringsfallet:

Sjukförsäkring
- Sjukperiodens början.

Förtidskapital
- Den tidpunkt då rätten till ersättning infaller.

Diagnosförsäkring
- Den tidpunkt då den ersättningsberättigande diagnosen fastställdes.

Olycksfallsförsäkring
- Vid olycksfallsskada: den tidpunkt då olycksfallet inträffade.

Barn och gravidförsäkring (BOS-GN)
- Vid olycksfallsskada: den tidpunkt då olycksfallet inträffade.
- Vid sjukdom: den tidpunkt då sjukdomen visade sig, det vill säga när sjukdomen eller symtom på sjukdomen första gången konstaterades i samband med hälso- eller sjukvårdskontakt, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.
- Vid kristerapi för den försäkrade: den tidpunkt då traumatisk händelse som anges i försäkringsvillkoren inträffade.
- Vid kristerapi för nära anhörig: den tidpunkt då den försäkrades dödsfall, ersättningsberättigande olycksfallsskada eller sjukdom inträffade.
- Vid premiebefrielse arbetslöshet: arbetslöshetsperiodens början.

Livförsäkring, Familjeskydd och Barngruppliv
- Vid dödsfall: den tidpunkt då dödsfallet inträffade.

Premiebefrielse
- Arbetslöshetsperiodens början.

Försäkringstagare
Den tid som ny medlem omfattas av det premiefria grundskyddet samt godkända tillval. Barngruppliv och barnförsäkring är det försäkrade barnet försäkringstagare. Till Gravidförsäkring är mamman, hennes väntade barn, barnets syskon, pappa eller mammans partner försäkringstagare.

Försäkringstid
Den tid då du omfattas av försäkringen.

Gruppavtal
Avtal som ingåtts mellan en grupp och Folksam om försäkring för gruppens medlemmar. Ett gruppavtal gäller normalt för ett kalenderår i taget.

Gruppföreträdare
Den som utsetts att företräda gruppen i kontakterna med Folksam.

Gruppmedlem
Person som tillhör den försäkringsberättigade gruppen som bestäms av gruppavtalet.

ICD-kod
Vid klassificering av diagnoser används ICD-koder enligt den svenska versionen av den internationella statistiska klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem, ICD10-SE, som fastställts av Världshälsoorganisationen, WHO. ICD10-SE ska tillämpas även om klassifikationen ändras eller om diagnoskoder ändras eller tillkommer.

Klassifikationen finns på Socialstyrelsens hemsida, www.socialstyrelsen.se

Karenstid
Den tid räknat från försäkringsfallet som måste passera innan rätten till ersättning inträder.

Kvalifikationsregler
Särskilda krav som ställs för att du ska kunna omfattas av försäkringen eller av ett moment i försäkringen.

Kvalifikationstid
Den tid som du måste tillhöra den försäkringsberättigade gruppen eller försäkringen för att omfattas av försäkringsskyddet.

Medförsäkrad
Gruppmedlems make/maka/sambo eller barn som är försäkrad enligt gruppavtalet.

Prisbasbelopp
Belopp som grundar sig på prisutvecklingen i samhället och som varje år bestäms av regeringen. Det används bland annat för beräkning av vissa försäkringsbelopp.

Registrerade partner
Med registrerade partner avses två personer av samma kön som ingått registrerat partnerskap. Lagen om registrerat partnerskap upphörde 2009-05-01, då äktenskapet blev könsneutralt. De som är registrerade partner enligt den tidigare lagen fortsätter att vara det om inte partnerskapet upphör eller omvandlas till äktenskap genom anmälan till Skatteverket eller vigsel.

Sambor
Med sambor avses två ogifta personer som har gemensamt hushåll och som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande enligt sambolagen.

Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)
Den inkomst som används för att till exempel räkna ut sjukpenningen. Sjukpenningen fastställs av Försäkringskassan utifrån den beräknade årliga arbetsinkomsten.

Sjukperiod
Den tid arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfallsskada.

Självrisk
Del av skadekostnaden som du själv svarar för.

Skada
Med skada avses direkt följd av olycksfall eller sjukdom.

Återkvalificering
Särskilda krav som ställs för att du återigen ska kunna omfattas av försäkring, som du redan fått ersättning från.

Ädelmetall
Med ädelmetall avses i dessa villkor guld, silver och platina.

Gemensamma bestämmelser

Allmänt

Gruppavtal
Mellan den försäkrade gruppen och Folksam har upprättats ett avtal om försäkring, ett så kallat gruppavtal. I gruppavtalet anges bland annat avtalets giltighetstid, vilka försäkringar/ersättningsmoment som ingår, premie och hur premien ska betalas. Av gruppavtalet framgår också hur du som gruppmedlem kan ansluta dig själv, din make/maka/sambo och dina barn till försäkring.

Ett gruppavtal gäller normalt för ett kalenderår i taget och kan sägas upp av såväl gruppen som Folksam.

Vad som fortsättningsvis beskrivs i detta villkorshäfte gäller för dig som enskild försäkrad inom ramen för vad som bestäms i gruppavtalet.

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

Försäkringsbesked och faktura/premieavisering
Av försäkringsbeskedet framgår vilka försäkringar som gäller för dig samt försäkringsskyddets omfattning och försäkringsbeloppens storlek.

Faktura/premieavisering ger information om aktuell premie.

Som gruppmedlem ska du kontrollera att du och eventuell medförsäkrad har gällande försäkring med rätt försäkringsomfattning och betalar rätt premie.

När nytecknad och ändrad försäkring börjar gälla
Folksams ansvar (försäkringsskyddet) inträder dagen efter den dag då ansökan om försäkring gjordes eller ett erbjudande om försäkring från Folksam antogs, under förutsättning att
- fullständiga ansökningshandlingar har lämnats till Folksam
- försäkringen kan beviljas på normala villkor
- det inte av ansökningshandlingarna eller på annat sätt framgår att försäkringen ska börja gälla vid en annan tidpunkt.

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

Om försäkring eller vissa moment i en försäkring endast kan beviljas med särskilda villkor eller reducerat försäkringsbelopp, inträder Folksams ansvar först efter det att vi har erbjudit dig försäkring på dessa villkor och du har antagit erbjudandet.

Försäkringstagarens rätt att ändra försäkringen
Om försäkringsbehovet ändras kan försäkringen anpassas inom ramen för gällande lagar, försäkringsavtalet och försäkringstekniska regler. Vissa ändringar, bland annat höjning av försäkringsbeloppet, kräver genomgången hälsoprövning med av Folksam godkänt resultat.

Regler för automatisk anslutning
Följande regler gäller om inte annat har avtalats:

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

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

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

Om oriktiga uppgifter lämnas till Folksam
Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig eller att vi är fria från ansvar enligt bestämmelserna i försäkringsavtalslagen och allmän svensk lag i övrigt. Inbetald premie återbetalas inte i sådant fall.

Ångerrätt vid frivilligt tecknad försäkring
När du har tecknat försäkring har du möjlighet att ångra försäkringsavtalet inom 30 dagar från det att du fått försäkringshandlingarna (försäkringsbeskedet) från oss.

Om du vill använda din ångerrätt kontaktar du Folksam, genom antingen telefon, e-post, eller genom att skriva till oss. Du kan också använda en ångerblankett som du hittar på konsumentverket.se. Om du ångrar dig måste du meddela oss detta inom dessa 30 dagar.

Vi har alltid rätt att kräva premie för den tid försäkringen varit gällande.

Premien
Premien beräknas för ett kalenderår i taget och bestäms på grundval av försäkringens omfattning, gruppens sammansättning och Folksams premietariff.

Om försäkringsbeloppen är knutna till prisbasbeloppet kan de, i kronor räknat, variera från år till år. Detta medför att också premien kan komma att ändras.

Premiebetalning
Första premien ska betalas inom 14 dagar från den dag då vi sänt faktura eller premieavisering. Betalas inte premien i tid säger vi upp försäkringen, som upphör att gälla 14 dagar efter uppsägningstidpunkten, om inte premien betalas inom denna tid.

Förnyelsepremie betalas i förskott för varje betalningstermin. Betalas inte premien i tid säger vi upp försäkringen som upphör att gälla 14 dagar efter uppsägningstidpunkten, om inte premien betalas inom denna tid.

Uppsägningstidpunkten är den dag då vi sänt meddelande om uppsägning.

Har försäkringen upphört att gälla på grund av att förnyelsepremie inte betalats, kan den *återupplivas* genom att premie betalas inom tre månader från den dag då försäkringen upphörde. Premie ska betalas för hela den premieperiod för vilken premien varit obetald. Försäkringen blir då åter gällande från den första dagen i premieperioden.

Återinträde

Vid ansökan om återinträde senare än tre månader från den dag försäkringen har upphört, blir försäkringen gällande från och med den dag vi beviljar den.

Har premien inte kunnat betalas inom 14-dagarsfristen på grund av att du som gruppmedlem blivit svårt sjuk, frihetsberövad, inte fått ut pension eller lön från din huvudsakliga anställning eller om liknande hinder inträffat, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter att hindret fallit bort, dock senast tre månader efter 14-dagarsfristen.

När försäkringen slutar gälla

Försäkringen gäller längst till dess att du uppnår den i försäkringsbeskedet eller gruppavtalet angivna slutåldern.

Under försäkringstiden kan du när som helst säga upp försäkringen. Vi har alltid rätt att kräva premie för den tid försäkringen har varit gällande.

Försäkring för *dig som gruppmedlem* och eventuell *medförsäkrad* upphör dessförinnan att gälla i följande fall:
- Gruppavtalet upphör.
- Du utträder ur den försäkringsberättigade gruppen.
- Du säger upp försäkringen för dig själv och/eller medförsäkrad.
- Du betalar inte premien i rätt tid, se *Gemensamma bestämmelser, Premiebetalning*.

Försäkring för *medförsäkrad* upphör dessutom att gälla i följande fall:
- Gruppmedlemmen avlider.
- Äktenskapet/det registrerade partnerskapet eller samboförhållandet med gruppmedlemmen upplöses eller om medförsäkrad avlider.

Försäkring för medförsäkrat barn upphör när barnet uppnår den i försäkringsvillkoren angivna slutåldern.

Meddela ändring
Som gruppmedlem ska du snarast meddela Folksam om
- du utträder ur den försäkringsberättigade gruppen
- äktenskapet/det registrerade partnerskapet eller samboförhållandet med medförsäkrad upplöses eller om medförsäkrad avlider.

Återbetalning av premier
Folksam återbetalar premier som har betalats för tid efter det att försäkringen skulle ha upphört, dock inte för längre tid än för de senaste sex månaderna.

Åtgärder för utbetalning av ersättning

Vid begäran om ersättning för *olycksfallsskada* eller *sjukdom* gäller följande:
- Legitimerad läkare eller tandläkare ska anlitas snarast möjligt.
- Läkarens eller tandläkarens ordinationer ska följas noggrant.
- Anmälan ska göras till oss snarast möjligt.
- Kostnader ska kunna styrkas med originalkvitton.
- Den behandlande läkaren eller tandläkaren ska få lämna handlingar och upplysningar, som vi anser är av betydelse för bedömningen av ersättningsfrågan, till oss.
- Du eller vårdnadshavare (BOS GN) ska ge av oss anvisad läkare eller tandläkare möjlighet att genomföra undersökning.
- Övriga handlingar och upplysningar, som vi anser är av betydelse för bedömningen av ersättningsfrågan, ska lämnas till oss på vår begäran.

Därutöver ska nedanstående handlingar skickas till oss.

Vid begäran om ersättning från diagnosförsäkring gäller dessutom följande
- Den som begär utbetalning av diagnosförsäkring ska bifoga journalkopia och läkarintyg som styrker diagnosen som försäkringen ersätter.
- Den som begär utbetalning av begravningshjälp från diagnosförsäkringen ska bifoga journalkopia och läkarintyg som styrker diagnosen som försäkringen ersätter samt dödsfallsintyg.
- Diagnosen ska vara ställd/verifierad av läkare verksam i Sverige. Folksam har rätt att få ett andra utlåtande från en läkare utsedd av Folksam.

Begäran om ersättning vid arbetsoförmåga:
- Försäkringskassans sammanställning över dina sjukperioder.
- Kopia av Försäkringskassans beslutsmeddelande om att du beviljats aktivitetsersättning/ sjukersättning.
- Vår blankett för anmälan om arbetsoförmåga, om vi begär det.

Begäran om ersättning vid dödsfall:
- Vår blankett för anmälan om dödsfall, om vi begär det.

Blanketter kan beställas från gruppföreträdaren eller Folksam. Blanketterna finns också på folksam.se.

Dröjsmålsränta
Utbetalning ska ske senast en månad efter det att den som gör anspråk på ersättning fullgjort vad som krävs enligt *Gemensamma bestämmelser, Åtgärder för utbetalning av ersättning*.

Om det finns anledning att utreda om någon uppgift som lagts till grund för försäkringsavtalet varit oriktig eller ofullständig, behöver utbetalningen dock inte ske förrän en månad förflutit efter det att sådan utredning avslutats. Utredningen ska bedrivas skyndsamt.

Sker utbetalning senare än vad som sagts ovan betalar Folksam dröjsmålsränta enligt räntelagen.

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

Med förhållande avses de förutsättningar i försäkringsavtalet/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 sitt anspråk till oss inom den tid som anges här, har dock alltid minst sex månader på sig att väcka talan mot oss från den dag vi har förklarat att vi tagit slutlig ställning till anspråket.

Överlåtelse
Försäkringarna får inte överlåtas.

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

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

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

Medförsäkrads möjligheter till premiebefrielse:
Den medförsäkrade premiebefrias endast om gruppmedlemmen blir premiebefriad (se ovan).

Försäkringsskyddet medan premiebefrielse gäller för försäkrad som har rätt till premiebefrielse från och med den 1 januari 2012
Inträffar ett försäkringsfall medan rätt till premiebefrielse föreligger, utbetalas ersättning enligt det försäkringsbelopp som gäller när försäkringsfallet inträffar.

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

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

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

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

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

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

Premiebefrielse vid arbetslöshet

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

För att omfattas av premiebefrielse vid arbetslöshet ska den försäkrade
- innan tidpunkten för premiebefrielsen varit ansluten till gruppförsäkringens livförsäkring i minst 18 månader
  och
- blivit ofrivilligt arbetslös och erhållit arbetslöshetsersättning i 130 ersättningsdagar inom en 12-månadersperiod.

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

Bestämmelser under premiebefrielsetiden

- Premiebefrielsen upphör om medlemmen har arbetat längre tid än sex månader i följd under premiebefrielsetiden, eller av annan anledning inte uppburit arbetslöshetsersättning.
- Vid pension, avtalspension eller beslut av Försäkringskassan – med innebörd att man i avvaktan på pension varaktigt lämnar arbetsmarknaden – upphör rätten till premiebefrielse.
- Den som är premiebefriad är skyldig att anmäla till försäkringsgivaren om premiebefrielserätten upphör enligt ovan.
- Premiebefrielsen gäller längst i 24 månader.
- Har medlem utöver livförsäkring tecknat fler försäkringar i samma avtal (också för eventuell medförsäkrad) och haft dessa i minst tolv månader före tidpunkten för premiebefrielsen, omfattas även dessa försäkringar av premiebefrielse.

Begränsningar i försäkringens giltighet

Grov vårdslöshet

Försäkringsersättningen kan sättas ned helt eller delvis om din skada föranletts av eller dess följder förvärrats av att du varit grovt vårdslös, till exempel genom påverkan av alkohol, annat berusningsmedel, narkotiska preparat eller dopningspreparat eller genom påverkan av läkemedel, som inte har använts i medicinskt syfte enligt läkares ordination.

Försäkringsersättningen kan även sättas ned helt eller delvis om det måste antas att du företagit en handling eller underlåtit att handla med vetskap om att handlingen eller underlåtenheten att handla innebar en betydande risk för att skadan skulle inträffa.

Nedsättning av försäkringsersättningen enligt första och andra stycket görs inte om du var under 18 år eller allvarligt psykiskt störd.

Har skadan föranletts av eller förvärrats av att du medverkat i eller utfört en brottslig handling, som enligt svensk lag kan leda till fängelse, kan försäkringsersättningen sättas ned helt eller delvis om du inte var under 15 år eller allvarligt psykiskt störd.

Begränsningarna tillämpas inte på livförsäkring.

Vid flygning
Försäkringarna gäller inte vid olycksfallsskada som drabbar 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.

Självmord
Vid självmord inom ett år från det att försäkringen trädde i kraft gäller försäkringen endast om det måste antas att den tagits utan tanke på självmordet.

Vistelse utomlands
Vid vistelse utomlands, som inte berörs av begränsningarna vid krig gäller försäkringarna enligt följande:

Dödsfall
Ersättning vid dödsfall kan lämnas om du avlider utomlands, oavsett utlandsvistelsens längd.

Övriga ersättningsmoment
- Vid vistelse i Norden gäller försäkringarna utan särskilda begränsningar.
- Vid vistelse utanför Norden i högst tolv månader gäller försäkringarna utan särskilda begränsningar. Från Medlemsbarn lämnas dock inte ersättning för kostnader som uppkommit under vistelsen utanför Norden.
- Vid vistelse utanför Norden längre tid än tolv månader krävs, för att ersättning ska lämnas från försäkringarna, att du eller din make/registrerade partner/sambo (för Medlemsbarn utökas denna personkrets med den gruppmedlem som tecknat försäkringen och dennes make/registrerade partner/sambo) är
  – i svensk utlandstjänst
  – i tjänst hos ett utländskt företag med fast anknytning till Sverige
  eller
  – i tjänst hos en internationell organisation med fast anknytning till Sverige.

Vistelse utanför Norden anses inte avbruten genom tillfällig vistelse på högst 45 dagar för läkarbesök, sjukhusvård, affärer, semester eller dylikt inom Norden.

Krig
Nedanstående begränsningar gäller vid krig i Sverige respektive utanför Sverige. Med krig avses krigstillstånd, krigsförhållanden, krigsliknande oroligheter, inbördeskrig, revolution eller uppror.

Krig i Sverige
Befinner sig Sverige i krig eller i ett förhållande som av regeringen jämställs med krig gäller Folksams ansvar och rätt att ta ut krigspremie enligt vad som anges i lagen om försäkringsverksamhet under krig eller krigsfara m.m.

Medan krig råder eller inom ett år efter det att kriget upphört, lämnas inte ersättning för försäkringsfall som har samband med kriget. Begränsningarna avser inte dödsfall och invaliditet.

Krig utanför Sverige
Om du trots Utrikesdepartementets avrådan reser till område utanför Sverige där krig råder, lämnas inte ersättning om försäkringsfallet är orsakat av kriget. Bryter krig ut under vistelsen i området gäller dock försäkringarna utan särskilda begränsningar under de första tre månaderna.

Ersättning lämnas inte för försäkringsfall som inträffar vid deltagande i krig. Även till exempel militärt bevakningsuppdrag i FN:s eller annan liknande organisations regi räknas som deltagande i krig under den tid du vistas i det område som uppdraget avser.

Skador orsakade av atomkärnreaktion eller av biologisk/kemisk/nukleär substans

Ersättning lämnas inte för försäkringsfall vars uppkomst eller omfattning har direkt eller indirekt samband med atomkärnreaktion.

Ersättning lämnas inte heller för försäkringsfall som uppstått genom biologisk, kemisk eller nukleär substans som spridits ut 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 skrämma 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

Om en utredning av ett försäkringsfall eller utbetalning av ett försäkringsbelopp blir försenat på grund av force majeure, det vill säga en händelse som ligger utanför Folksams kontroll, kan inte Folksam hållas ansvarigt för förseningen. Detta givet att vi har gjort vad som skäligen kan begäras för att begränsa de skador som kan uppkomma.

Exempel på sådana händelser som kan utgöra force majeure är ändrad lagstiftning, myndighetsåtgärd, krig, krigsliknande händelser, terrorhandling, naturkatastrof, brand, strejk, blockad, bojkott, lockout eller annan liknande omständighet. Beträffande strejk, blockad, bojkott och lockout gäller ovanstående även om det är Folksam som är föremål eller vidtar sådan konfliktåtgärd.

Folksam svarar inte heller för skada som orsakats av fel i telefonnät eller annan teknisk utrustning som inte tillhör oss.

5 Produktvillkor Livförsäkring (L)

5.1 Omfattning

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

Livförsäkring kan omfatta

- enbart dödsfallskapital LD
- barngruppliv BL

5.2 Rätt till ersättning – dödsfallskapital (LD)

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

5.3 Förmånstagarförordnande för livförsäkring

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

För gruppmedlems försäkring

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

För medförsäkrads försäkring

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

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

Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

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

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

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

Försäkrade

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

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

Försäkringsbelopp

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

Utbetalning

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

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

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

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

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

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

Förtidskapital på grund av sjukersättning

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

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

Förtidskapital på grund av långvarig arbetsoförmåga

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

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

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

Gemensamma bestämmelser

För att ansvaret för förtidskapital ska inträda vid automatisk anslutning gäller att medlem / anställd ska ha varit fullt arbetsför 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 arbetsoförmåga som helt faller inom nittiodagarsperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

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

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

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

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

Beräkning sker enligt försäkringsbeloppet för förtidskapital som gäller då rätten till förtidskapital inträder. I övrigt gäller följande:
- Kolumn 1 tillämpas om den försäkrade har beviljats minst tre fjärdedels sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av minst tre fjärdedels arbetsoförmåga.
- Kolumn 2 tillämpas om den försäkrade har beviljats halv sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av halv arbetsoförmåga.

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

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

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

Försäkrad som fått förtidskapital utbetalat enligt kolumn 2 i tabell A och som senare under försäkringstiden och före fyllda 62 år antingen beviljas hel eller tre fjärdedels sjukersättning eller som senare under försäkringstiden är arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under 12 månader före fyllda 62 år kan få ytterligare förtidskapital.

Ytterligare förtidskapital beräknas på följande sätt:
- Försäkrad som har fått rätt till helt förtidskapital vid något tidigare tillfälle kan inte få det igen.
- Försäkrad som har fått halvt förtidskapital kan få ytterligare förtidskapital vid ett tillfälle, om han senare under försäkringstiden och före fyllda 62 antingen är arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under minst 12 månader eller beviljas minst tre fjärdedels sjukersättning. Storleken på detta ytterligare förtidskapital beräknas i procent av det försäkringsbelopp för förtidskapital som gäller för den försäkrade när rätten till den nya utbetalningen uppkommer. Procentsatsen avläses i kolumn 2 vid den ålder som den försäkrade uppnått då.

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

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

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

eller

- beviljas minst tre fjärdedels sjukersättning.

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

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

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

Tabell A. Procentsatser för förtidskapital

Uppnådd ålder	Förtidskapital Kolumn 1	Förtidskapital Kolumn 2
- 35	100	50
36	96	48
37	92	46
38	88	44
39	84	42
40	80	40
41	76	38
42	82	36
43	68	34
44	64	32
45	60	30
46	56	28
47	52	26
48	48	24
49	44	22
50	40	20
51	37	18,5
52	34	17,0
53	31	15,5
54	28	14,0
55	25	12,5
56	22	11,0
57	19	9,5
58	16	8,0
59	13	6,5
60	10	5,0
61	10	5,0

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

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

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

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

6.3 Omfattning förtidskapital med slutålder 65 år (FK1.1)
Försäkringens omfattning framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. För varje försäkrad gäller vid varje tidpunkt ett genom gruppavtalet bestämt försäkringsbelopp, försäkringsbeloppet för förtidskapital.

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

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

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

Förtidskapital på grund av långvarig arbetsoförmåga
Förtidskapital kan utbetalas även om den försäkrade under försäkringstiden och före fyllda 65 år varit arbetsoförmögen till minst hälften under 36 månader inom en sammanhängande tid av 42 månader. Arbetsoförmågan ska bero på sjukdom eller olycksfall som är godkänd av Försäkringskassan.

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

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

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

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

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

Beräkning sker enligt försäkringsbeloppet för förtidskapital som gäller då rätten till förtidskapital inträder. I övrigt gäller följande:
- Kolumn 1 tillämpas om den försäkrade har beviljats minst tre fjärdedels sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av minst tre fjärdedels arbetsoförmåga.
- Kolumn 2 tillämpas om den försäkrade har beviljats halv sjukersättning eller beviljas förtidskapital på grund av halv arbetsoförmåga.

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

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

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

Försäkrad som fått förtidskapital utbetalat enligt kolumn 2 i tabell B och som senare under försäkringstiden och före fyllda 65 år antingen beviljas hel eller tre fjärdedels sjukersättning eller som senare under försäkringstiden är arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under 12 månader före fyllda 65 år kan få ytterligare förtidskapital.

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

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

Försäkrad som har fått halvt sjuk- eller inkomstkapital kan få ytterligare förtidskapital vid ett tillfälle, om hon/han senare under försäkringstiden och före fyllda 62 år antingen
- är arbetsoförmögen till minst tre fjärdedelar utan avbrott under minst 12 månader

eller
- beviljas minst tre fjärdedels sjukersättning.

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

Försäkrad som fått rätt till eller fått trefjärde-dels förtidskapital utbetalt enligt villkor för 2011 eller tidigare

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

Tabell B. Procentsatser för förtidskapital

Uppnådd ålder	Förtidskapital Kolumn 1	Förtidskapital Kolumn 2
- 35	100	50
36	96	48
37	92	46
38	88	44
39	84	42
40	80	40
41	76	38
42	82	36
43	68	34
44	64	32
45	60	30
46	56	28
47	52	26
48	48	24
49	44	22
50	40	20
51	37	18,5
52	34	17,0
53	31	15,5
54	28	14,0
55	25	12,5
56	22	11,0
57	19	9,5
58	16	8,0
59	13	6,5
60	10	5,0
61	10	5,0
62	7	3,5
63	5	2,5
64	5	2,5

Förtidskapitalet upphör

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 års dagen.

Övergångsbestämmelse

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

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

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

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 förtids-kapital efter det att förtidskapitalets slutålder höjts har rätt till förtidskapital alternativt ytterligare förtidskapital enligt försäkringsvillkorets bestämmelser.

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

7 Produktvillkor Familjeskydd (FS, FS2)

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

Av gruppavtalet och försäkringsbeskedet framgår avtalat försäkringsbelopp och ersättningstidens längd.

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

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

7.3 Förmånstagarförordnade
Nedanstående förmånstagarförordnande gäller om inte den försäkrade skriftligen anmäler annat förmånstagarförordnande till Folksam.

För gruppmedlems försäkring
a) make/maka eller sambo
b) gruppmedlemmens arvingar.

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

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

Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler.

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

Förmånstagarförordnandet kan inte ändras genom ett testamente.

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

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

8 Produktvillkor Sjukförsäkring (S), (S3)

8.1 Omfattning (S, S3)

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

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

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

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

Ersättningen utbetalas månadsvis i efterskott. Nedsätts arbetsförmågan, utbetalas så stor del av ersättningsbeloppet som motsvarar nedsättningen av arbetsförmågan.

Vid förlust av hela arbetsförmågan utbetalas helt ersättningsbelopp fortlöpande. För rätt till ersättning krävs en viss grad av nedsättning. Storleken av den nedsättning som krävs regleras i gruppavtalet.

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

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

Försäkrad som helt eller delvis får sin aktivitetsersättning, sjukersättning eller tidsbegränsade sjukersättning vilandeförklarad, ska genast anmäla det till Folksam.

Särskilda regler för försäkringar med tidsbestämd karens

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

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

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

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

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

Med sjukdom jämställs olycksfallsskada som har lett till arbetsoförmåga.

Har försäkringen tidigare haft rörlig karens (se nedan) gäller följande:
Om utbetalningen av ersättning har upphört på grund av de ovanstående reglerna och den försäkrade skulle ha haft rätt till ersättning enligt det gruppavtal som gällde före ändringen av karensen, betalas ersättning ut med det belopp som det tidigare gruppavtalet skulle ha gett rätt till.

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

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

Dessutom gäller följande för försäkring som enligt försäkringsavtalet har tidsbegränsad ersättningstid:
Försäkrad som fått ersättning under så lång tid som medges i avtalet har rätt att påbörja ny ersättningsperiod.

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

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

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

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

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

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

Karenstid

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

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

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

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

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

Undantag och begränsningar

Begränsningar för vissa diagnoser som visar sig under försäkringens första 24 månader
Försäkringen omfattar inte arbetsoförmåga orsakad av:
- Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, ICD-kod F00-F99
- Sjukdomar i muskler, skelett, leder, senor, brosk (muskuloskeletala systemet) och bindväven, ICD-kod M00-M99
- Kroniskt trötthetssyndrom, ICD kod G93.3

Beträffande ICD-koder, se Ordlista.

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

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

Ytterligare inskränkningar i försäkringens giltighet för sjukförsäkring som tecknats utan att den försäkrade lämnat hälsodeklaration
Under de första 24 månaderna efter försäkringens ikraftträdande gäller följande:

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

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

Rätt till indextillägg
Rätt till indexering gäller inte för avtal med angiven ersättningstid och inte heller för avtal med dagräkning.

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

8.4 Gemensamma bestämmelser (S), (S3)

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

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

Tilläggsvillkor för Gruppsjukförsäkring 90 %
Sjukförsäkring omfattar fortlöpande ersättning vid arbetsoförmåga efter en viss karenstid. Försäkringens karenstid framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. Ersättningen fastställs med hjälp av en tabell som för olika lönenivåer visar skillnaden mellan 90 procent av lönen och den ersättning som ges från lag- och avtalsbunden försäkring, räknat efter skatt (kommunalskatten antas vara den genomsnittliga i Sverige). Ersättningen grundas på den lön som den försäkrade har vid insjuknandet. Semesterersättning räknas inte in i lönen. Ändring av ersättningen från lag- och avtalsbunden försäkring kan medföra ändring av sjukförsäkringens ersättningsbelopp och premie.

8.5 Medicinsk invaliditet vid sjukdom

Medicinsk invaliditet vid sjukdom (S1.m1)
Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara en direkt följd av någon av de sjukdomar som omfattas av försäkringen. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

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

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

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

Ersättning utbetalas när rätten uppkommit och den medicinska invaliditetsgraden fastställts. Ersättning 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 samt av gruppavtalet.

Den totala invaliditetsgraden kan uppgå till högst 100 procent.

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

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

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

Omprövning vid medicinsk invaliditet vid sjukdom

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

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

Sjukdomar som ersätts

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

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

Begränsningar

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

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

9 Produktvillkor Diagnosförsäkring

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

9.1 Omfattning diagnosförsäkring –vuxen (R1.r)

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

Utbetalning av diagnosförsäkring till den försäkrade	R1.r
Begravningshjälp	R1.b
Krisförsäkring	R1.k

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

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

försäkringen upphör att gälla i kapitlet Gemensamma bestämmelser). Annan slutålder kan ha avtalats och framgår då av försäkringsbeskedet. Anslutningsreglerna framgår under Gemensamma bestämmelser, kapitel 2.

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

Begränsningar vid återinsjuknande samt symtom eller besvär före försäkringens tecknande

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

- *Begränsning vid återinsjuknande i samma diagnos*
  Ersättning utbetalas inte vid diagnos som anges i detta villkor om den försäkrade före försäkringens tecknande haft samma diagnos. Detta gäller även senkomplikationer av en sjukdom, såsom diabetesretinopati (blindhet) hos diabetiker eller spridning av en sjukdom, såsom metastasering.
- *Begränsning vid symtom före försäkringens ikraftträdande*
  Under de första 12 månaderna efter försäkringens ikraftträdande gäller följande begränsning:
  Ersättning utbetalas inte då symtom eller besvär som kan hänföras till grunden för ersättningskravet debuterat eller förekommit före försäkringens ikraftträdande, även om diagnoser eller orsaker först kan fastställas sedan försäkringen trätt i kraft.

Försäkringen omfattar följande diagnoser:

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

1 Cancer C00 – C97, D05
En malign (elakartad) tumör 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 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 tromboser, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

Transitorisk Ischemisk Attack (TIA) och Reversibel

Ischemisk Neurologisk Deficit (RIND) omfattas inte av försäkringen.

4 Motorneuronsjukdom G12.2
Progredierande (fortskridande) förlamning som följd av sjukdom i motoriska neuron – exempelvis amyotrofisk lateralskleros (ALS). Entydig diagnos ställd av specialistläkare i neurologi krävs.

5 Multipel skleros (MS) G35
Entydig diagnos av specialistläkare i neurologi bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

6 Parkinsons sjukdom G20
Parkinsons sjukdom enligt en entydig diagnos ställd av specialistläkare i neurologi. Endast idiopatisk (orsaken till sjukdomen är okänd) Parkinsons sjukdom omfattas. Diagnosen ska vara fastställd med för tiden gällande diagnostiska kriteria. 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 hjärtmuskelns blodförsörjning (by-pass grafting).

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

12 Operation av hjärtklaff
Operation av en eller flera hjärtklaffar genom öppen hjärtkirurgi.

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

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

15 HIV/AIDS B20 – B23
Smittan ska ha uppkommit vid blodtransfusion, vid behandling på sjukvårdsinrättning eller vid en händelse som inträffat under normal yrkesutövning.

Följande villkor ska vara uppfyllda:
a. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.
b. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande eller enligt normala rutiner för den försäkrades yrkesområde
c. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts eller arbetsplats där yrkesutövningen skett påtar sig ansvaret.
d. Incidenten som orsakade smittan har skett i Sverige.

Alla andra sätt att ådra sig HIV/AIDS omfattas inte av försäkringen.

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

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

18 Blindhet H54.0
Datum då fullständig och bestående förlust av synen på båda ögonen fastställts.

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

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

9.2 Begravningshjälp (R1.b)
Av gruppavtal och försäkringsbesked framgår om begravningshjälp ingår eller inte.

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

9.3 Krisförsäkring (R1.k)
Av gruppavtalet framgår om krisförsäkring ingår eller inte. Har den försäkrade under försäkringstiden fått ersättningsberättigad diagnos och hon/han till följd härav behöver krishjälp, ersätter försäkringen skälig kostnad för behandling avseende korttidsterapi. Terapin är begränsad till sammanlagt högst tio behandlingstillfällen hos psykolog/ psykoterapeut och kan fritt disponeras av den försäkrade och/eller dennes make/maka/sambo och/eller barn.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam.

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

10 Produktvillkor Olycksfallsförsäkring

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

Med olycksfallsskada jämställs kroppsskada som uppkommit genom förfrysning, värmeslag eller solsting. Den dag sådan skada visade sig anses då vara tidpunkten för olycksfallsskadan. Vridvåld mot knä samt avsliten hälsena betraktas också som olycksfallsskada även om kriterierna som kännetecknar ett olycksfall (se ovan) inte är uppfyllda. Infektion på grund av insektsstick eller liknande kan ersättas som olycksfallsskada. Samband mellan kroppsskada och någon av de ovan angivna 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, ej heller smitta eller förgiftning genom intagande av mat eller dryck eller överkänslighetsreaktion
- användning av medicinska preparat, ingrepp, behandling eller undersökning som inte föranletts av olycksfallsskada som omfattas av denna försäkring
- kärnexplosion eller radioaktiv strålning (atomkärnreaktion) som har samband med militär verksamhet i vilken den försäkrade deltar
- frivilligt orsakad kroppsskada.

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

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

10.2 Omfattning

Olycksfallsförsäkring – fritid (OF)

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

Olycksfallsförsäkring – heltid (OH)

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

Följande delar kan ingå i försäkringen

– av gruppavtalet och försäkringsbeskedet framgår vilka som gör det.

Ersättning för kostnader	O1
Läkekostnader	O1.a1
Akutersättning	O1.b2
Tandskadekostnader	O1.c2
Resekostnader	O1.d1
Merkostnader	O1.m1
Sjukhusvistelse	O1.s1
Sjukhusvistelse	O1.s2
Krisförsäkring	O1.k
Rehabiliteringskostnader och handikapphjälpmedel	O1.r1
Rehabilitering vid sjukdom	O1.r2
Handikapphjälpmedel	O1.r3
Ersättning för sveda och värk	O2.a1
Kroppsskadeersättning	O2.a2
Olycksfallskapital	O2.b2
Omkostnadskapital	O2.b3
Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men	O2.c1
Ersättning vid dödsfall	O2.d1
Ersättning vid dödsfall	O2.d2
Ersättning vid invaliditet	O3.1
Medicinsk invaliditet	O3.a1
Medicinsk invaliditet	O3.a7
Ekonomisk invaliditet	O3.b1
Ersättning vid invaliditet	O3.2
Medicinsk invaliditet	O3.a2
Ekonomisk invaliditet	O3.b2
Handikappfordon	O2.h2
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet - Heltid	OT
Ersättning vid invaliditet	O3.4
Medicinsk invaliditet	O3.a4
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	O3.a5
Medicinsk invaliditet vid sjukdom	O3.a6
Inkomstförlust	O4.1

10.3 Gemensamma regler

Ersättning för kostnader (O1)

Gemensamma regler
- Försäkringen gäller med de försäkringsvillkor och de försäkringsbelopp som gällde då olycksfallet inträffade och som anges i försäkringsbeskedet.
- Om inte ersättningsbeloppet är uttryckt som ett schablonbelopp, lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader till följd av olycksfallet. Ersättning lämnas inte om ersättning lämnas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal. Detta innebär till exempel att ersättning inte lämnas för kostnader som har samband med arbetsskada/arbetssjukdom, ansvars- eller trafikskada. Ersättning lämnas dock för eventuell självrisk vid arbetsskada.
- För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom fem år från skadetillfället. Ersättning lämnas inte sedan definitiv medicinsk invaliditetsersättning fastställts.
- Kostnader ska kunna styrkas med originalkvitton och/ eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/ landsting.
- Ersättning för kostnader lämnas med högst det belopp som är angivet i gruppavtalet.
- Om den försäkrade inte har rätt till ersättning från Försäkringskassan i Sverige, lämnas ersättning från försäkringen endast för de kostnader som skulle ha ersatts om denna rätt hade funnits.
- Vid olycksfall utanför hemorten och utomlands ska
- ersättning i första hand lämnas från resemomentet i hemförsäkringen eller från separat reseförsäkring om sådan finns.
- Kostnader för hemtransport vid olycksfall utanför hemorten och utomlands ersätts inte.
- För vård eller behandling utomlands lämnas ersättning endast om olycksfallet inträffat utomlands och vården och behandlingen sker innan den försäkrades ursprungligt planerade vistelse utomlands upphört.
- Vid olycksfall som inträffat i Sverige ersätts inte kostnader för vård utomlands.
- Vid dödsfall innan slutreglering av skadan skett, utbetalas till dödsboet den ersättning som den försäkrade haft rätt till.
- Om olycksfallet inträffar utanför Sverige lämnas ersättning med upp till åtta procent av prisbasbeloppet för faktiska kostnader som uppkommit utanför Sverige.
- Kostnad för läkarintyg som inte begärts av Folksam ersätts inte.

10.4 Rätt till ersättning

Läkekostnader (O1.a1)
Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för läkarvård, sjukhusvård, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning.

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

Akutersättning (O1.b2)

a) Ersättning under de 12 första månaderna från skadetillfället
Ersättningen är avsedd att till viss del täcka kostnader för vård (exempelvis läkarvård, läkemedel, behandling, hjälpmedel samt resor till och från vård och behandling).

Vid olycksfallsskada som under de första tolv månaderna efter skadetillfället kräver läkarvård, lämnas för en och samma olycksfallsskada schablonersättning med sammanlagt högst åtta procent av prisbasbeloppet enligt följande regler:
1. Engångsersättning lämnas med två procent av prisbasbeloppet om olycksfallsskadan medfört vård hos legitimerad läkare.
2. Utöver ersättning enligt punkt 1 ovan kan ersättning lämnas med ytterligare tre procent av prisbasbeloppet om olycksfallsskadan leder till sjukskrivning/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.

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

Tandskadekostnader (O1.c2)

Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts endast en slutbehandling/ permanentbehandling per skada. Tandskada som uppkommit vid tuggning eller bitning anses inte som olycksfallsskada.

Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, äger Folksam 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 Folksam innan behandlingen påbörjas. För den som inte fyllt 20 år och har rätt till fri tandvård, lämnas ersättning endast för den akuta behandlingen.

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

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

Resekostnader (O1.d1)
Ersättning lämnas för resekostnader i samband med vård och behandling som legitimerad läkare föreskrivit för olycksfallsskadans läkning.

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

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

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 Folksam fastställd tabell.

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

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

Sjukhusvistelse (O1.s1)
Om en olycksfallsskada som inträffat under försäkringstiden medför att den försäkrade blir inskriven vid sjukhus för sjukhusvård mer än sju dagar i följd inom sex månader från olycksfallet, gäller följande för sjukhusvistelsen.

Ersättning lämnas från första vårddagen och längst under 30 dagar och utgår med 50 kronor per vårddag.

Sjukhusvistelse (O1.s2)
Om en olycksfallsskada eller en sjukdom som inträffat respektive visat sig under försäkringstiden medför att den försäkrade blir inskriven vid sjukhus för sjukhusvård inom Norden i sammanlagt minst sju dagar (enstaka dagar eller i en följd), lämnas ersättning från första dagen i samband med vistelsen på sjukhuset för en och samma olycksfallsskada eller sjukdom. Ersättning lämnas i form av en schablonersättning på med valt belopp för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar inräknade.

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

Krisförsäkring (O1.k)
Har den försäkrade på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av
- ersättningsbar olycksfallsskada
- nära anhörigs (make/maka, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som polisanmälts
- våldtäkt eller andra sexualbrott

- våld i familjen
- ofrivillig arbetslöshet som varat sex månader eller längre

och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för högst 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam.

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

Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson.

Försäkringen ersätter inte behandling senare än fem år efter händelsen.

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

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

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

Rehabiliteringskostnader och handikapphjälpmedel (O1.r1)

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

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

Ersättning kan lämnas för kostnaderna för:

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

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

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

Rehabilitering vid sjukdom (O1.r2)

Ersättning kan lämnas för rehabiliterande behandling vid sjukdom. Kostnad som har samband med arbetsskada/arbetssjukdom ersätts dock inte. Ersättning lämnas inte för rehabiliterande behandling vid olycksfallsskada. För sådan behandling kan ersättning i stället lämnas från ersättningsmomentet Akutersättning. Med rehabiliterande behandling menas här åtgärder av medicinsk art, som görs för att bibehålla eller förbättra den försäkrades funktionsförmåga.

Behandlingen ska kunna styrkas med originalkvitto och ska ske på offentligt finansierad rehabiliteringsklinik eller vara jämförbar med behandling som ges på sådan klinik; till exempel sjukgymnastik, bassängträning, arbetsterapi, logoped- eller psykologbehandling, behandling hos naprapat eller kiropraktor som är godkända av landstinget.

Schablonersättning

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

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

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

Kostnader som inte kan ersättas

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

Handikapphjälpmedel (O1.r3)

Ersättning kan lämnas för ortopedtekniska handikapphjälpmedel under förutsättning att
- olycksfallsskadan medfört fastställd invaliditet och
- hjälpmedelsbehovet är fastställt av legitimerad läkare och
- kostnaderna uppkommit inom fem år från skadedagen.

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

Ersättning för sveda och värk (O2.a1)

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

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

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

Kroppsskadeersättning (O2.a2)

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

Grupp 1 – Sårskada, blödning i vävnad (hematom), öronskada, ögonskada	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Grupp 2 – Fraktur på tår, fingrar, revben, nyckelben, näsben	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr

Grupp 3 – Övriga frakturer, senskador, ledbandskador, smitta som är en följd av insektsstick eller liknande:	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	5 000 kr

Grupp 4 – Brännskador från grad 2 och kylskador	
Mindre är 1 % av kroppsytan	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr
Skada på mer än 1 % av kroppsytan	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	2 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr

Grupp 5 – Amputation och organförlust	
Förväntad invaliditet 1 – 5 %	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr
Förväntad invaliditet över 5 %	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	2 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr

Grupp 6 – Skallskador	
Lätt skallskada, till exempel hjärnskakning (commotio cerebri)	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	1 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	2 000 kr
Svårare skallskada, till exempel med inre blödning	
Akut sjuktid 8 – 30 dagar	2 000 kr
Akut sjuktid mer än 30 dagar ytterligare	8 000 kr

Grupp 7 – Mycket svåra skador	
Förlamning av nedre kroppshalva (paraplegi)	25 000 kronor
Extremt svåra skador till exempel	
Förlamning av alla extremiteter (tetraplegi), bränn - kylskada över 50 % av kroppsytan eller multipla skador av mycket stor omfattning 40 000 kronor.	

- En förutsättning är att varje kroppsskada var för sig medför minst åtta dagars akut sjuktid.
- För flera kroppsskador på samma kroppsdel lämnas endast ett belopp.
- Ersättning kan endast lämnas för en kroppsskada per grupp vid ett och samma olycksfall.
- Ersättning kan lämnas inom Grupp 1-7 för ett och samma olycksfall med flera (multipla) kroppsskador med högst 40 000 kronor.
- Om den försäkrade omfattas av flera försäkringar i Folksam som omfattar kroppsskadeersättning utbetalas ersättning endast från en försäkring.
- Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan ger rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund (exempelvis från trafik-, eller ansvarsförsäkringen) överfallsskydd, enligt lag eller annan författning, via kollektivavtal, eller om motsvarande ersättning lämnas från annan försäkring. Detta inkluderar även annan försäkring tecknad hos Folksam.

Olycksfallskapital (O2.b2)

Ersättning efter mer än 30 dagars arbetsoförmåga

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

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

Ersättning efter 365 dagars arbetsoförmåga

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

Endast en engångsersättning kan utbetalas för en och samma olycksfallsskada.

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

Omkostnadskapital (O2.b3)

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

A. Ersättning vid sjukskrivning som varar minst åtta dagar
Om den försäkrade blir arbetsoförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i minst åtta dagar i en följd lämnas ersättning med ett engångsbelopp på 2 000 kronor.

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

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

B. Ersättning vid sjukskrivning 9 – 30 dagar
Om den försäkrade blir arbetsoförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i minst nio dagar i en följd lämnas ersättning med högst 100 kronor per dag från dag nio.

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

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

D. Ersättning vid sjukskrivning som varar mer än 13 och upp till 24 månader.
Om den försäkrade blir arbetsoförmögen till minst 50 procent och är sjukskriven i 13 månader eller mer lämnas ersättning från och med månad 13. Vid hel arbetsoförmåga utbetalas 1 000 kronor för varje hel 30-dagars period. Vid partiell arbetsoförmåga lämnas ersättning med så stor del som motsvarar arbetsoförmågan. Ersättning utbetalas längst till och med månad 24 och med högst 12 000 kronor för denna period.

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

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

Gemensamt för punkterna Sveda och värk (O2.a1), Olyckfallskapital (O2.b2) och Omkostnadskapitalet (O2.b3)
- Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan ger rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund (exempelvis från trafik-, eller ansvarsförsäkringen) överfallsskydd, enligt lag eller annan författning, via kollektivavtal, eller om motsvarande ersättning lämnas från annan försäkring. Detta inkluderar även annan försäkring tecknad hos Folksam.
- Arbetsoförmågan ska bero på olycksfallet och kunna styrkas med läkarintyg som leder till av Försäkringskassan godkänd sjukskrivning.
- För försäkrad som inte har sjukpenninggrundande inkomst bestäms ersättningen med utgångspunkt från akut sjuktid.
- Om den försäkrade omfattas av flera försäkringar i Folksam utbetalas ersättning endast från en försäkring.
- Vid dödsfall innan slutreglering av skadan skett utbetalas till dödsboet den ersättning som den försäkrade har rätt till.

Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men (O2.c1)
Rätt till ersättning för lyte och men föreligger om olycksfallsskadan medför invaliditet. Ersättningens storlek beräknas efter den medicinska invaliditetsgraden och enligt en av Folksam fastställd tabell gällande vid utbetalningstillfället. Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av legitimerad läkare, kan ersättning även lämnas om olycksfallskadan medfört vanprydande ärr, kosmetiska defekter eller förlust av tänder.

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

Ersättning vid dödsfall (O2.d1)
Om den försäkrade avlider på grund av olycksfallsskada utbetalas ersättning till den försäkrades dödsbo, med det belopp som anges i gruppavtalet och på försäkringsbeskedet. Om gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut. Anges inget försäkringsbelopp i gruppavtalet är försäkringsbeloppet 0,5 prisbasbelopp.

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

Ersättning vid dödsfall (O2.d2)
Om den försäkrade avlider på grund av olycksfallsskada eller sjukdom, utbetalas försäkringsbeloppet som begravningshjälp till den försäkrades dödsbo. För försäkrad som fyllt 65 år vid skadetillfället lämnas ingen sådan ersättning.

Ersättning vid invaliditet (O3.1)
Leder olycksfallsskadan till invaliditet kan ersättning lämnas både för medicinsk och ekonomisk invaliditet.

Medicinsk invaliditet (O3.a1)
För försäkringsbelopp som anges i prisbasbelopp beräknas ersättningen på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

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

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

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

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

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

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

Medicinsk invaliditet (O3.a7)
För försäkringsbelopp som anges i prisbasbelopp beräknas ersättningen på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället. Vid en invaliditetsgrad på minst 50 procent kan hela eller delar av ersättningen fördubblas.

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

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

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

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

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

Gemensamt för 03.a1 och 03.a7

Vanprydande ärr

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

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

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

Från och med 65 år beviljas inte ärrersättning.

Förskott

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

Vänteersättning för avtal där försäkringsbeloppet är angivet i krontal

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

Vid dödsfall

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

Ekonomisk invaliditet (O3.b1)

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

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

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

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

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

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

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

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

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet är det belopp som avtalats i gruppavtalet och framgår av detta.

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

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

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

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

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

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

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

Ersättning vid invaliditet (O3.2)
Leder olycksfallsskadan till invaliditet kan ersättning lämnas både för medicinsk och ekonomisk invaliditet.

Medicinsk invaliditet (O3.a2)
Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av 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. Anger gruppavtalet att försäkringsbeloppet trappas av efter en viss ålder, fastställs beloppet med hänsyn till åldern vid försäkringsfallet. Om försäkringsbeloppet ska avtrappas med hänsyn till den försäkrades ålder så framgår det av försäkringsbeskedet.

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

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

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

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

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

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

Ekonomisk invaliditet (O3.b2)
Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga till följd av olycksfallsskadan. Arbetsförmågan anses bestående nedsatt när samtliga möjligheter till arbete i annat yrke prövats.

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

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

Tidsbegränsad sjukersättning berättigar inte till ersättning för ekonomisk invaliditet.

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

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

Om den försäkrade vid skadetillfället uppbar
- minst halv aktivitetsersättning
- halv tidsbegränsad sjukersättning eller
- halv sjukersättning,

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

Får den försäkrade sjukersättning – eller får den höjd – från och med fyllda 60 år, lämnas ersättning för ekonomisk invaliditet bara om den medicinska invaliditetsgraden till följd av olycksfallsskadan är minst 50 procent.

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

Ersättningen beräknas utifrån försäkringsbeloppet vid skadetillfället.

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

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

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

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

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar
Om olycksfallsskadan medför att den försäkrades kroppsfunktion väsentligt försämras eller att den försäkrade förlorar ytterligare arbetsförmåga efter att försäkringsbolaget tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning med anledning av olycksfallet, har den försäkrade rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

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

Handikappfordon (O2.h2)
Ersättning kan lämnas för anskaffning av handikappfordon till den som på grund av olycksfallsskadan har ett varaktigt och väsentligt funktionshinder.

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

Ersättning kan lämnas för de kostnader som inte täcks av offentliga medel, dock med högst 1 prisbasbelopp, räknat efter det prisbasbelopp som gällde vid inköpstillfället. Under försäkringstiden kan från samma försäkring sammanlagt lämnas högst 1 prisbasbelopp för handikappfordon.

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

Ersättning vid invaliditet (O3.4)
Leder olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden till invaliditet kan ersättning lämnas för medicinsk invaliditet.

Medicinsk invaliditet (O3.a4)
Med medicinsk invaliditet menas att olycksfallsskadan medfört bestående nedsättning av den försäkrades kroppsfunktion. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas.

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

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

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

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

Värdesäkring och utbetalning av invaliditetsersättning
Försäkringsbeloppet bestäms av det prisbasbelopp som gällde det år då Folksam betalar ut ersättningen.

Slutreglering av olycksfallsskadan görs först när invaliditeten är fastställd.

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

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

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

Medicinsk invaliditet vid sjukdom (O3.a5)
Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara en direkt följd av någon av de sjukdomar som omfattas av försäkringen. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

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

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

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

Ersättning utbetalas när rätten uppkommit och den medicinska invaliditetsgraden fastställts. Ersättning 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 den försäkrade när sjukdomen blev aktuell fyllt 46 år reduceras försäkringsbeloppet med 2,5 procentenheter för varje år som åldern överstiger 45 år. Annan avtrappning kan förekomma och framgår då av försäkringsbeskedet.

Den totala invaliditetsgraden kan uppgå till högst 100 procent.

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

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

Sjukdomar som ersätts

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

- Amputation eller total obrukbarhet av armar och ben,
- Blindhet eller förlust av syn som inte går att kompensera med synhjälpmedel.
- Ensidig total dövhet och total dövhet,
- Totalförlust av lukt eller smak,
- Hjärtsjukdomar som ger bestående funktionsnedsättning,
- Stroke, hjärnblödning, hjärninfarkt och brustet pulsåderbråck (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 kroppsfunktion väsentligt försämras efter att försäkringsbolaget tagit slutlig ställning till den försäkrades rätt till ersättning med anledning av sjukdomen, har den försäkrade rätt att på grund av de nya omständigheterna få invaliditetsgraden omprövad.

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

Medicinsk invaliditet vid sjukdom (S1.m1)

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av 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 samt av gruppavtalet.

Den totala invaliditetsgraden kan uppgå till högst 100 procent.

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

Sjukdomar som ersätts

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

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

Begränsningar

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

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

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

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

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

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

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

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

Inkomstförlust (O4.1)
Försäkringen lämnar ersättning för:
- inkomstförlust vid arbetsoförmåga som varar 15 dagar eller mer räknat från det att olycksfallet inträffade. Ersättning lämnas då från första insjuknandedagen.
- inkomstförlust under sjuklönetid samt sjukpenningtid beräknat på den försäkrades sjukpenningsgrundande inkomst enligt socialförsäkringsbalken
- inkomstförluster upp till 7,5 prisbasbelopp
- arbetsoförmåga som berättigar till ersättning enligt socialförsäkringsbalken
- inkomstförluster till den dag då ersättning för definitiv Medicinsk invaliditet utbetalas, dock längst under tolv månader.

Ersättning lämnas inte för:
- inkomstförluster för lönedelar över 7,5 prisbasbelopp
- inkomstförlust under tid då rätt till arbetsskadelivränta föreligger
- inkomstförlust som i tillämpliga delar ersätts från annat håll enligt lag, författning, konvention, trafikförsäkring, ansvarsförsäkring, trygghetsförsäkring vid arbetsskada, tjänstereseförsäkring, annan försäkring eller kollektivavtal.

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

Ersättningen är skattepliktig inkomst.

12 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-GN)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom samt gravidförsäkring.

Hur barnförsäkringen gäller under graviditet framgår under avsnitt 12.1.1 och 12.3.1. Gruppavtal kan även tecknas att gälla utan gravidmoment (BOS N) och nedan angivna moment som gäller före barnets födelse ingår då inte.

12.1 Giltighet – barnförsäkring
Barnförsäkringen måste tecknas innan utgången av graviditetsvecka 36 för att gälla under graviditet. Om barnförsäkringen tecknats före graviditetsvecka 36 gäller försäkringens graviditetsmoment som finns under 12.3.1

Om försäkringen tecknas med en premie för samtliga barn gäller följande. Barnförsäkring kan endast tecknas av gruppmedlem och gäller för gruppmedlemmens barn samt familjehemsplacerade barn (se Ordlista). Gruppmedlems makes/makas/sambos barn (även familjehemsplacerade barn) är försäkrade under förutsättning att barnen är stadigvarande (se Ordlista) bosatta på samma adress som gruppmedlemmen. Särskilda regler gäller för höjt försäkringsbelopp vid invaliditet, se under rubriken, Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet och hälsodeklaration.

Om gruppavtalet omfattar försäkring som tecknas per barn gäller försäkringen endast för det barn den tecknats för. De barn som gruppmedlem kan teckna försäkring för är; gruppmedlemmens barn samt familjehemsplacerat barn, gruppmedlemmens make/makas/sambos barn samt familjehemsplacerat barn.

Utländskt barn, som gruppmedlemmen avser att adoptera och sökt försäkring för, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att Socialnämnden lämnat medgivande. Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast efter ett år från det barnet kom till Sverige. Försäkringen kan tecknas för barn och ungdomar som inte fyllt 22 år och gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år. Upphör gruppmedlems gruppförsäkring dessförinnan att gälla, upphör också barnets försäkring. När försäkringen tecknats med en premie för samtliga barn gäller att försäkringstagaren ska anmäla till Folksam när yngsta barnet uppnått ovanstående slutålder så att försäkringen kan avregistreras.

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

Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet och hälsodeklaration

Höjning av försäkringsbelopp vid invaliditet tecknas för varje barn efter anmälan till Folksam. Om försäkringsbeloppet höjs över 1 300 000 kronor eller 30 prisbasbelopp efter att barnet fyllt ett år måste ansökan göras med hälsodeklaration.

Vad menas med olycksfallsskada?

En olycksfallsskada är en kroppsskada som barnet drabbas av genom en oförutsedd plötslig yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall). Psykiska skador/besvär betraktas inte som kroppsskada. Försäkringen lämnar ersättning endast för direkta följder av olycksfallsskada som kräver läkarvård och som inträffar under försäkringstiden.

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

a. För att få ersättning för sjukhusvistelse vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter det att barnet fyllt sex månader. Begränsningen för sjukhusvistelse gäller inte om barnet har omfattats av barnförsäkringens gravidmoment.
b. För att få rätt till Årlig kostnadsersättning, Diagnosförsäkring-Barn, Vårdkostnadssersättning-Barn samt ersättning för medicinsk eller ekonomisk invaliditet i barnförsäkringen gäller följande begränsningar vid sjukdom:
   – sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader
c. för att få rätt till ersättning vid höjning av försäkrings-belopp eller utökning av försäkringen gäller att sjukdomen eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig efter det att utökningen med, eller höjningen av, försäkringsmoment varit i kraft i minst sex månader för det försäkrade barnet efter barnets födelse.

I gruppavtalet avtalade särskilda begränsningar och undantag för vissa diagnoser

Förutom ovanstående begränsningar kan i gruppavtalet avtalade särskilda begränsningar och undantag för vissa diagnoser gälla. De särskilda begränsningarna och undantagen framgår under respektive moment. Om dessa begränsningar eller undantag gäller framgår av försäkringsbeskedet.

Övergångsregel vid förändring av gruppavtalet

För försäkrad som omfattas av Barnförsäkring det datum då någon av i gruppavtalet avtalade särskilda begränsningar och undantag införs i gruppavtalet gäller:

Om symtom eller diagnos på sjukdom enligt ovan visat sig före det datum då undantaget införs i gruppavtalet tillämpas de villkor som gällde när symtomen eller diagnosen visade sig. För följder av dessa sjukdomar – både direkta och indirekta – gäller att ersättning enbart lämnas om grundsjukdomen visade sig under tid då sjukdomen berättigade till ersättning.

Beräkning av ersättning

Vissa ersättningsförmåner är knutna till prisbasbeloppet. Med prisbasbelopp avses det prisbasbelopp som, enligt Socialförsäkringsbalken, fastställs för varje år. Försäkringen gäller med de försäkringsvillkor och de försäkringsbelopp, uttryckta i antal prisbasbelopp, som gällde då olycksfallet inträffade eller då sjukdomen visade sig. Utbetalningen grundas på det prisbasbelopp som gäller vid utbetalningstillfället.

12.1.1 Giltighet – Barnförsäkringens giltighet när gravidmomenten gäller

Barnförsäkringen måste tecknas innan utgången av graviditetsvecka 36 för att gälla under graviditet. Försäkringen kan gälla tidigast från och med graviditetsvecka tio för mamman och pappan/partnern samt det ofödda barnets syskon och från och med graviditetsvecka 23 för det ofödda barnet. Gravidmomenten gäller inte om försäkringen tecknats efter graviditetsvecka 36. Om Barnförsäkringen tecknats efter graviditetsvecka 23 lämnar försäkringen inte någon ersättning för försäkringsfall som inträffar inom 14 dagar från det att försäkringen tecknades. Denna karens gäller för graviditetsmomenten för försäkringar som tecknats från och med den 1 januari 2013. Har barnförsäkring tecknats med en premie för samtliga barn gäller barnförsäkringens graviditetsmoment för mammans samtliga graviditeter så länge barnförsäkringen gäller. Har barnförsäkring tecknats med enbarnspremie måste ny barnförsäkring tecknas vid varje graviditet.

Graviditetsmomenten kan gälla för mamman, hennes väntade barn (oavsett antal barn) och barnets pappa eller mammans partner (make/maka eller sambo), som i villkoren jämställs med pappa (under varje moment framgår för vem det gäller). Krisförsäkringen gäller för hela familjen. Barnförsäkringsmomenten vid graviditet upphör att gälla för alla försäkrade senast vid barnets sexmånadersdag. När barnet föds träder Barnförsäkringsmomenten i kraft och gäller från barnets födelse under förutsättning att premie betalas och momentet inte omfattas av gällande begränsningar. Kostnader ersätts enligt villkoren antingen från Barnförsäkringens graviditetsmoment- eller från motsvarande moment i Barnförsäkringen.

All ersättning utbetalas till barnets vårdnadshavare utom medicinsk invaliditet som utbetalas till det försäkrade barnet. Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Vad menas med normal graviditet?
Den gravida kvinnan har endast symtom som normalt följer av graviditet och som är av mindre och/eller tillfällig natur och som inte innebär någon medicinsk risk för moder eller barn.

12.2 Omfattning – barnförsäkring
Följande delar kan ingå. Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet:

Ersättning för kostnader	B1n
Läke- och resekostnader	B1.2n
Tandskadekostnader	B1.c1n
Skadade kläder och glasögon	B1.m2n
Sjukhusvistelse	B1.s2n
Vård i hemmet	B1.v1n
Rehabiliteringshjälpmedel	B1.r3n
Krisförsäkring	B1.k1n
Diagnosförsäkring	BR.1n
Vanprydande ärr	B2.e2n
Ersättning vid dödsfall	B2.d2n
Ersättning vid invaliditet	B3.2n
Årlig kostnadsersättning	B1.e3n
Årlig kostnadsersättning	B1.e4n
Vårdkostnadsersättning – Barn	B1.f1n
Vårdkostnadsersättning – Barn	B1.f2n
Vårkostnadesersättning – Barn	B1.f3n
Vårkostnadesersättning – Barn	B1.f4n
Medicinsk invaliditet	B3.a2n
Medicinsk invaliditet	B3.a3n
Medicinsk invaliditet	B3.a4n
Ekonomisk invaliditet	B3.b2n
Ekonomisk invaliditet	B3.b3n
Ekonomisk invaliditet	B3.b4n

12.3 Rätt till ersättning

12.3.1 Rätt till ersättning när barnförsäkringens gravidmoment gäller
Om barnförsäkring tecknats innan utgången av graviditetsvecka 36 gäller barnförsäkringen med följande omfattning. Följande delar kan ingå. Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet.

Ersättning för kostnader (B1.n)
Vissa av ersättningsmomenten gäller både vid sjukdom och olycksfallsskada, medan andra gäller endast vid olycksfallsskada.

Läke- och resekostnader för barnet (B1.2n)
Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning. För kostnader för nödvändiga resor till och från vård och behandling lämnas ersättning vid sjukdom och olycksfallsskada.

Kostnaderna ska kunna styrkas med originalkvitton. Vid sjukdom ska kostnaderna ha uppkommit inom tre år från det att sjukdomen visade sig. Vid olycksfallsskada ska kostnaderna ha uppkommit inom fem år från det att olycksfallet inträffade.

Vid sjukdom gäller försäkringen med en självrisk, som för läke- och resekostnader tillsammans för en och samma sjukdom är tre procent av prisbasbeloppet.

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

Ersättning lämnas också för behandlingskostnader för vård hos legitimerad sjukgymnast eller för behandling som ges av annan vårdgivare. Detta under förutsättning att behandlingen sker efter remiss av legitimerad läkare.

Ersättning lämnas för kostnad motsvarande patientavgiften för sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

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

Resekostnader för barnet

Med resekostnader menas:
Kostnader för resor till och från vård eller behandling.

Billigast möjliga färdsätt 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 Folksam rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek. Ersättning lämnas även för kostnader för nödvändiga resor för tandbehandling. Resekostnaden ersätts med högst den egen-avgift för resor som anges i Socialförsäkringsbalken.

Billigast möjliga färdsätt 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 Folksam.

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

Sjukhusvistelse för mamman och barnet (B1.s2n)

Om sjukdom eller olycksfallsskada som visar sig respektive inträffar under försäkringstiden medför att barnet och/ eller mamman är behov av sjukhusvistelse och läggs in på sjukhus i minst tre dagar i följd, lämnar Folksam en schablonersättning för kostnader i samband med vistelsen på sjukhuset. Försäkringen lämnar också ersättning för vård på neonatalavdelning på grund av för tidig födsel. För att de försäkrade ska få ersättning enligt detta moment ska graviditeten vara normal enligt kontroll av läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. Den gravida kvinnan får inte heller kontrolleras eller behandlas på grund av diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. För den gravida kvinnan ska sjukdomen eller olycksfallsskadan ha samband med förlossning eller graviditet.

Ersättningen lämnas från första dagen med 200 kronor för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivnings-dagar inräknade. Ersättning för sjukhusvistelse lämnas för totalt sammanlagt 365 dagar för barnet och mamman dock längst tills barnet fyllt ett år.

Krisförsäkring – Gravid för familjen (B1.k1n)

Har det väntade barnets syskon, mamman och/eller pappan på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av psykisk ohälsa på grund av att:

- det väntade barnet avlider under försäkringstiden
- mamma, pappa eller partner avlider under försäkringstiden
- barnet/fostret är handikappat
- mamman får förlossningspsykos

och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för högst 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut sammanlagt för de angivna familjemedlemmarna. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam.

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

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

Diagnosförsäkring – Gravid (BR.1n)

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

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppstår efter 30 dagar från det datum då diagnos fastställts. En förutsättning för utbetalning av Diagnosförsäkringen är att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Försäkringsbeloppet utbetalas endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna även om den försäkrade diagnostiserats med flera diagnoser vid samma tillfälle.

Ersättningen utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att 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 överens-stämma med diagnoskod Q03.

3. Spina bifida (ryggmärgsbråck)
En missbildning i ryggraden där kotbågarna baktill inte har vuxit samman. En förutsättning för ersättning är ryggmärgsbråck som buktar ut ur spaltöppningen i skallen eller ryggraden. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q05.

4. Medfödda missbildningar av hjärtats kamrar och förbindelser
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q20.

5. Medfödda missbildningar av hjärtats skiljeväggar
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q21

6. Medfödda missbildningar av hjärtats klaffar
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q23.

7. Medfödda missbildningar av de stora artärerna
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q25.

8. Reduktionsmissbildningar av övre extremitet
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q71.

9. Reduktionsmissbildningar av undre extremitet
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q72.

10. Blindhet (och allvarlig nedsatt syn)
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod H54.

11. Psykisk utvecklingsstörning
En förutsättning för ersättning är en svår eller grav medfödd utvecklingsstörning. Diagnosen ska ställas av specialistläkare i barnneurologi anvisad av Folksam. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskoderna F72 och F73.

12. Cerebral pares (CP)
Skadan ska vara medfödd eller ha uppkommit till följd av syrebrist i samband med förlossningen. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod G80.

13. Cancer
Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:
- 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. 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 tolftedel 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 Folksam 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.

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 gruppmedlemmen om dödsfallet avser dödfött barn.

12.3.2 Rätt till ersättning efter barnets födelse
Ersättning lämnas enligt nedan angivna villkor dock gäller under 12.1 angivna begränsningar. Om barnet omfattas av barnförsäkringens gravidmoment kan vissa av dessa moment gälla under de första sex månaderna efter barnets födelse. Hur barnförsäkringens gravidmoment gäller framgår under 12.1.1 och 12.3.1

Ersättning för kostnader (B1n)
Ersättning kan lämnas för läke- och resekostnader, tandskadekostnader, skadade kläder och glasögon, rehabiliteringshjälpmedel samt vid sjukhusvistelse och vård i hemmet.

Vissa av ersättningsmomenten gäller både vid sjukdom och olycksfallsskada, medan andra gäller endast vid olycksfallsskada.

För varje ersättningsmoment nedan beskrivs hur det gäller. Om inte ersättningsbeloppet är uttryckt som ett schablonbelopp lämnas ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader till följd av olycksfallet. Ersättning lämnas inte om ersättning lämnas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal. Detta innebär till exempel att ersättning inte lämnas för kostnader som har samband med arbetsskada/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 behandlingskostnader för vård hos legitimerad sjukgymnast eller för behandling som ges av annan vårdgivare. Detta under förutsättning att behandlingen sker efter remiss av legitimerad läkare. Ersättning lämnas för kostnad högst motsvarande patientavgiften för sjukgymnastik inom offentligt finansierad vård.

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

Resekostnader
Med resekostnader menas:
- Kostnader för resor till och från vård eller behandling
- Merkostnader för resor mellan fast bostad och ordinarie arbetsplats/skola

Dessa merkostnader ska i första hand ersättas av arbetsgivaren/Försäkringskassan respektive kommunen/skolförsäkringen.

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 färdsätt 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 Folksam 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 Socialförsäkrings-balken. Billigast möjliga färdsätt 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 Folksam.

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

Skadade kläder och glasögon (B1.m2n)
Leder olycksfallsskada till att barnet måste behandlas av läkare, lämnas ersättning för kostnader för skadade kläder och glasögon. Ersättning lämnas med högst 0,25 prisbasbelopp.

I beloppet 0,25 prisbasbelopp ingår även skadade skyddskläder, specialkläder och skyddsutrustning såsom hjälm och andra skydd.

Sådan skyddsutrustning ersätts med högst 10 000 kronor under försäkringens giltighetstid. Ersättning lämnas endast för skyddskläder om ersättningsberättigat olycksfall inträffar på fritiden. Skyddskläder och skyddsutrustning som används i tjänsten eller betalats av arbetsgivare/skola/förening omfattas inte.

Begränsningar
Gemensamt för ersättningsmomenten under Kostnader ovan (Läkekostnader, Resekostnader, Tandskadekostnader,

Skadade kläder och glasögon) gäller följande begränsningar.

För olycksfallsskada eller sjukdom som inträffat/visat sig i Sverige ersätts inte kostnader för vård utomlands.

Om barnet inte har rätt till ersättning från Försäkringskassan i Sverige, lämnas ersättning från försäkringen bara för de kostnader som skulle ha uppkommit om denna rätt funnits.

Ersättning lämnas inte för kostnader som kan ersättas enligt lag, enligt annan författning eller från annan försäkring. Ersättning lämnas inte heller för kostnader som ersätts enligt kollektivavtal slutet mellan huvudorganisationer på arbetsmarknaden.

Sjukhusvistelse (B1.s2n)
Om en olycksfallsskada eller en sjukdom medför att barnet är inskrivet vid sjukhus för vård i minst tre dagar i en följd, lämnas ersättning från första dagen i samband med vistelsen på sjukhuset. Vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter det att barnet har fyllt 6 månader. Begränsningen för sjukhusvistelse gäller inte om barnet har omfattats av barnförsäkringens gravidmoment. Ersättning lämnas i form av en schablonersättning med valt försäkringsbelopp för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar samt permissionsdagar inräknade. Valt försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet. Ersättning lämnas under högst 365 dagar och längst till och med det kalenderår under vilket det försäkrade barnet fyller 25 år.

Vård i hemmet (B1.v1n)
Om försäkrad som är yngre än 16 år vårdas i hemmet direkt efter ersättningsbar sjukhustvistelse, lämnas en ersättning för kostnader med valt försäkringsbelopp per dag i längst 30 vårddagar 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 Folksam, ska kunna styrkas med originalkvitton. Sammanlagt lämnas ersättning med högst 3 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.k1n)
Har den försäkrade på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av
- ersättningsbar olycksfallsskada
- nära anhörigs (förälder, syskon, mor-/farförälder, make/maka, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- allvarliga relationsproblem
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som polisanmälts
- våldtäkt eller andra sexualbrott
- våld i familjen
- myndigs ofrivilliga arbetslöshet som varat sex månader eller längre

och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för högst tio behandlingstillfällen hos legitimerad psykolog/psykoterapeut. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än 5 år efter händelsen. Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson. Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

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

Har det försäkrade barnet avlidit eller drabbats av händelse som anges i krisförsäkringen och detta leder till att det försäkrade barnets mamma, pappa, make/maka, sambo eller syskon behöver akut krishjälp ersätter försäkringen totalt sammanlagt, för angivna familjemedlemmar, högst 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam. 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 Folksams definition fastställts.

En förutsättning för utbetalning av diagnosförsäkringen är att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Ersättning från Diagnosförsäkring – Barn kan utbetalas maximalt vid tre tillfällen och endast för olika diagnoser. Om den försäkrade diagnostiseras med flera diagnoser vid samma tillfälle och/eller har flera försäkringar lämnas ersättning endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna. När rätt till försäkringsbelopp för diagnosförsäkring inträtt, krävs en sammanhängande period av 90 dagar för att kvalificera sig till ytterligare försäkringsbelopp. Ersättningen utbetalas även om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att 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.

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

3. Kvarstående men av TBE A84
Kvarstående men som objektivt kan påvisas efter TBE (fästingburen hjärninflammation). Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat TBE-specifika antikroppar i ryggmärgsvätska och i blodet. Men som kvarstår efter sex månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men.

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

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

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

7. HIV/AIDS B20 – B23
Smittan ska ha uppkommit vid blodtransfusion, vid behandling på sjukvårdsinrättning eller vid en händelse som inträffat under normal yrkesutövning.

Följande villkor ska vara uppfyllda:
a. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.
b. Den händelse från vilken HIV-smittan erhållits rapporteras, undersöks och dokumenteras enligt normalt förfarande eller enligt normala rutiner för den försäkrades yrkesområde.
c. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts eller arbetsplats där yrkesutövningen skett påtar sig ansvaret.
d. Incidenten som orsakade smittan har skett i Sverige. Alla andra sätt att ådra sig HIV/AIDS omfattas inte av försäkringen.

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

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

10. Blindhet H54.0
Datum då fullständig och bestående förlust av synen på båda ögonen fastställts.

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

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

13. Multipel skleros G35
Entydig diagnos av specialistläkare i neurologi bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

14. Stroke I60 – I64
Cerebrovasculär blodpropp eller blödning. Benämningen omfattar tromboser, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

Transitorisk Ischemisk Attack (TIA) och Reversibla Ischemiska Neurologiska Defekter (RIND) omfattas inte av försäkringen.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f1n)
Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet. Se då nedan under rubriken, Vårkostnadsersättning – 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.

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 tolftedel 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 Folksam lämnas endast ersättning från en försäkring.

Ersättningen när tillfällig föräldrapenning vid allvarligt sjukt barn beviljats

Ersättning lämnas för tid som vårdnadshavare till den försäkrade beviljats tillfällig föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn. En förutsättning är att vårdbehovet kvarstår minst 14 dagar räknat från första föräldrapenningsdagen.

Ersättning utbetalas månadsvis i efterskott med 1/365 del av försäkringsbeloppet för varje kalenderdag då den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn uppbärs, oavsett om båda vårdnadshavarna har beviljats tillfällig föräldrapenning för vård vid allvarligt sjukt barn. 1/365 del utbetalas om hel föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn beviljats. Om endast tre fjärdedels, halv, en fjärdedels eller en åttondels föräldrapenning beviljats utbetalas ersättning med motsvarande del. Ersättning lämnas som längst till utgången av den månad då barnet fyller 18 år. Om den försäkrade avlider upphör rätten till ersättning från och med dagen efter den då dödsfallet inträffat.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f2n) med vissa diagnoser undantagna i gruppavtalet

Villkoren för Vårdkostnadsersättning Barn (B1.f2n). är samma som Vårdkostnadsersättning Barn (B1.f1n) med följande avvikelse.
Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas inte någon ersättning från Vårdkostnadsersättning – Barn.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99, till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se Ordlista. Om undantag gäller för ersättning för ovanstående sjukdomar framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning lämnas som längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. I gruppavtalet kan den tid som ersättning lämnas vara begränsad. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maximalt 6 år dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden gäller för gruppavtalet så framgår det av försäkringsbeskedet.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f3n)

Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet. Se då nedan under rubriken, Vårkostnadsersättning – 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. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maximalt sex år, dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden gäller för gruppavtalet så framgår det av försäkringsbeskedet.

I de fall där vårdbidraget avser flera barn beräknas ersättningen efter den vårdbidragsnivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett den försäkrade. Det försäkrade barnets del av vårdbidraget måste uppgå till minst en fjärdedel för att ersättning ska kunna lämnas.

Ersättning utbetalas i efterskott med en tolftedel 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 Folksam lämnas endast ersättning från en försäkring.

Ersättningen när tillfällig föräldrapenning vid allvarligt sjukt barn beviljats

Ersättning lämnas för tid som vårdnadshavare till den försäkrade beviljats tillfällig föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn. En förutsättning är att vårdbehovet kvarstår minst 14 dagar räknat från första föräldrapenningsdagen.

Ersättning utbetalas månadsvis i efterskott med 1/365 del av försäkringsbeloppet för varje kalenderdag då den tillfälliga föräldrapenningen vid vård av allvarligt sjukt barn uppbärs, oavsett om båda vårdnadshavarna har beviljats tillfällig föräldrapenning för vård vid allvarligt sjukt barn. 1/365 del utbetalas om hel föräldrapenning vid vård av allvarligt sjukt barn beviljats. Om endast tre fjärdedels, halv, en fjärdedels eller en åttondels föräldrapenning beviljats utbetalas ersättning med motsvarande del. Ersättning lämnas som längst till utgången av den månad då barnet fyller 18 år. Om den försäkrade avlider upphör rätten till ersättning från och med dagen efter den då dödsfallet inträffat.

Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f4n) med vissa diagnoser undantagna i gruppavtalet

Villkoren för Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f4n) är samma som Vårdkostnadsersättning – Barn (B1.f3n) med följande avvikelse.
Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas inte någon ersättning från Vårdkostnadsersättning – Barn.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99, till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se Ordlista. Om undantag gäller för ersättning för ovanstående sjukdomar framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning lämnas som längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. I gruppavtalet kan den tid som ersättning lämnas vara begränsad. Om begränsning av ersättningstiden gäller lämnas ersättning under maximalt sex år dock längst till utgången av juni månad det år barnet fyller 19 år. Om begränsning av ersättningstiden gäller för gruppavtalet så framgår det av försäkrings-beskedet.

Vanprydande ärr (B2.e2n)

Ersättning kan lämnas om en olycksfallsskada eller en sjukdom som inträffat/visat sig under försäkringstiden leder till att barnet måste behandlas av legitimerad läkare och:

- medför vanprydande ärr/kosmetisk defekt som kvarstår ett år efter det att ärret eller defekten uppkom

eller

- medför klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår ett år efter det att ärret uppkom.

Ersättningens storlek beräknas efter det försäkringsbelopp som gäller för medicinsk invaliditet och enligt den särskilda, av Folksam fastställda tabell som gäller vid tidpunkten för försäkringsfallet. Ersättning lämnas oberoende av eventuell ersättning för medicinsk invaliditet.

Samma rätt till omprövning, som beskrivs under ”Ersättning vid medicinsk invaliditet”, finns också för ersättning vid vanprydande ärr.

Ersättning vid dödsfall (B2.d2n)

Om barnet avlider under försäkringstiden utbetalas ersättning med valt försäkringsbelopp som begravningshjälp till barnets dödsbo. Försäkringsbeloppet framgår av försäkringsbeskedet.

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

Ersättning vid invaliditet (B3.2n)

För momenten Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet kan begränsningar av eller undantag från ersättning avseende psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 gälla. Om dessa undantag eller begränsningar gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

Ersättning kan lämnas vid olycksfallsskada och sjukdom i form av Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet och Vårdkostnadsersättning – Barn om det har avtalats. För att få rätt till ersättning gäller följande begränsningar vid sjukdom: sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst 6 månader.

För att få rätt till ersättning vid höjning av försäkringsbelopp eller utökning av försäkringen gäller att sjukdomen eller påvisat symtom på sjukdom första gången visat sig efter det att utökningen, eller höjningen av försäkringsmomentet varit i kraft i minst sex månader för det försäkrade barnet efter barnets födelse.

Vad menas med medicinsk invaliditet?

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

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara orsakad av olycksfallsskada eller sjukdom. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

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

Årlig kostnadsersättning (B1.e3n)

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

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

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

Ersättning lämnas i förhållande till den av Folksam preliminärt bedömda medicinska invaliditetsgraden, vid invaliditetsgrader på 5 procent och däröver. Om invaliditetsgraden förändras under den tid ersättningen utbetalas, ändras ersättningen i motsvarande grad.

Årlig kostnadsersättning (B1.e4n)

Villkoren för utbetalning av Årlig kostnadsersättning (B1.e4n) är samma som Årlig kostnadsersättning B1.e3n) med följande avvikelse. Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas inte någon ersättning från årlig kostnadsersättning.

Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, 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 diagnoser är undantagna eller begränsade i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet. I dessa fall se nedan under rubriken Medicinsk invaliditet (B3.a3n) eller Medicinsk invaliditet (B3.a4n).

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

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

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

Ersättningens storlek bestäms av invaliditetsgraden och av försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet. Ersättning lämnas med så stor del av försäkringsbeloppet som erhålles genom att invaliditetsgraden, uttryckt i procent, multipliceras med försäkringsbeloppet. Ersättningen beräknas på det försäkringsbelopp som gäller för det försäkrade barnet vid försäkringsfallet. Om försäkringsbeloppet anges i prisbasbelopp så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

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.
Villkoren för utbetalning av Medicinsk invaliditet (B3.a3n) är samma som Medicinsk invaliditet (B3.a2n) med följande avvikelse:

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar och uppfyller villkoren för utbetalning av medicinsk invaliditet lämnas ersättning för medicinsk invaliditet med totalt högst 10 procent av det försäkringsbelopp för invaliditet som det försäkrade barnet omfattas av. Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, 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 begränsning gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Medicinsk invaliditet (B3.a4n)
Vissa diagnoser är undantagna från ersättning vid medicinsk invaliditet om sådant undantag avtalats i gruppavtalet.
Villkoren för utbetalning av Medicinsk invaliditet (B3.a4n) är samma som Medicinsk invaliditet (B3.a2n) med följande avvikelse:

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas ingen ersättning för medicinskinvaliditet.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se Ordlista.

Om undantaget gäller framgår det av försäkringsbeskedet

Ekonomisk invaliditet (B3.b2n)
Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna eller begränsade i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.
I dessa fall se nedan under rubrik, Ekonomisk invaliditet (B3.b3n) och Ekonomisk invaliditet (B3.b4n).

Med ekonomisk invaliditet menas ett tillstånd som ger, eller kan förväntas ge, minskad möjlighet till 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 5 år och/eller aktivitetsersättning till minst 50 procent under minst fem år.

Ovanstående villkor ska vara uppfyllda före utgången av det år den försäkrade fyller 30 år.

Ersättning kan utbetalas tidigast när den försäkrade fyllt 15 år. Femårsperioden anses påbörjad första gången som Försäkringskassan beviljat minst 75 procent vårdbidrag för den försäkrade från och med 10 års ålder eller den försäkrade beviljats minst 50 procents aktivitetsersättning.

Perioder av minst 75 procents vårdbidrag och minst 50 procents aktivitetsersättning kan läggas samman till en femårsperiod.

Om aktivitetsersättning övergår i sjukersättning till minst 50 procent, innan fem år av aktivitetsersättning passerat, utbetalas ersättning med den nivå som ger rätt till ersättning enligt ovan. Utbetalning görs om förutsättningarna för ersättning är uppfyllda senast innan utgången av det år den försäkrade fyller 30 år.

Om vårdbidraget eller aktivitetsersättningen även avser sjukdom eller skada som inte är ersättningsberättigande beräknas ersättningen efter den nivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett den ersättningsberättigande skadan/sjukdomen. En förutsättning för ersättning är att den ersättningsberättigande delen av vårdbidraget uppgår till minst 75 procent och/eller den ersättningsberättigande delen av aktivitetsersättningen uppgår till minst 50 procent.

Om den försäkrade vid skadetillfället, eller när sjukdomen visade sig, har partiell aktivitetsersättning eller om det finns partiellt vårdbidrag för den försäkrade, kan ersättning lämnas med högst den del som motsvarar en eventuell höjning av vårdbidraget eller aktivitetsersättningen om det utökade vårdbidraget eller aktivitetsersättningen beror på ersättningsberättigande skada eller sjukdom. Höjningen ska uppfylla de krav som angivits ovan under rätt till ersättning vid ekonomisk invaliditet.

Ersättning för medicinsk invaliditet påverkar inte storleken på ersättning för ekonomisk invaliditet.

Ersättningens storlek

Under förutsättning att nedsättningen av arbetsförmågan enbart beror på en ersättningsberättigande olycksfallsskada och/eller sjukdom, lämnas ersättning med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot graden av ersättningen från vårdbidraget eller aktivitetsersättningen. Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Om storleken varierat på ersättningen från vårdbidrag och/eller aktivitetsersättning/sjukersättning under femårsperioden, beräknas ersättning efter den grad som varit övervägande under de tre åren närmast utbetalningsdagen.

Ersättning beräknas på det försäkringsbelopp som gäller för det försäkrade barnet vid försäkringsfallet. Om försäkringsbeloppet anges i prisbasbelopp så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ytterligare ersättning

Ytterligare ersättning för ekonomisk invaliditet kan endast utbetalas om den försäkrade på grund av en ersättningsberättigande olycksfallsskada eller sjukdom som omfattas av försäkringen, efter utbetalning av ekonomisk invaliditet till 50 eller 75 procent, får höjd nivå på vårdbidraget eller aktivitetsersättningen under en sammanhängande tid av minst två år. Vid ytterligare utbetalning av ekonomisk invaliditet avräknas den procentuella graden av invaliditet som tidigare utbetalats. Till exempel: Försäkrad som tidigare uppfyllt kraven för att få 50 procents ekonomisk invaliditet utbetald beviljas 100 procent aktivitetsersättning 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.

Villkoren för utbetalning av Ekonomisk invaliditet (B3.b3n) är samma som Ekonomisk invaliditet (B3.a2n) med följande avvikelse.

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar och uppfyller villkoren för utbetalning av ekonomisk invaliditet lämnas ersättning för ekonomisk invaliditet med högst tio procent av det försäkringsbelopp för invaliditet som det försäkrade barnet omfattas av. Ersättning lämnas endast för en av de här angivna diagnoserna även om den försäkrade diagnostiseras med flera under försäkringstiden.

Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD. Beträffande ICD-koder, se ordlista. Sjukdomen måste ha visat sig under försäkringstiden. För rätt till ersättning ska diagnosen vara fastställd av läkare med specialistkompetens och övriga krav för utbetalning vara uppfyllda.

Om begränsning gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Om försäkrad som fått ersättning för ekonomisk invaliditet på grund av psykisk sjukdom eller beteendestörning (diagnoskoder F00 – F99) enligt ovan och senare under försäkringstiden på grund av annan ersättningsberättigande sjukdom eller olycksfall uppfyller kraven för ersättning av ekonomisk invaliditet till 100 procent avräknas den ersättning som tidigare utbetalats på grund av psykisk sjukdom eller beteendestörning.

Om den försäkrade fått rätt till ersättning på grund av psykisk diagnos eller beteendestörning och den försäkrade därefter drabbas av annan sjukdom eller olycksfall kan Folksam 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.
Villkoren för utbetalning av Ekonomisk invaliditet (B3.b4n) är samma som Ekonomisk invaliditet (B3.b2n) med följande avvikelse.

Om den försäkrade drabbas av någon av nedanstående sjukdomar lämnas ingen ersättning för ekonomisk invaliditet.

Undantaget avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom, depression, fobier, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning och ADD.

Beträffande ICD-koder, se ordlista. Om undantaget gäller framgår det av försäkringsbeskedet.

Om den försäkrade beviljats vårdbidrag eller aktivitetsersättning på grund av psykisk diagnos eller beteendestörning och den försäkrade därefter drabbas av annan sjukdom eller olycksfall kan Folksam 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.

13 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-G)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom samt gravidförsäkring.

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

13.1 Giltighet – barnförsäkring

Barnförsäkring kan endast tecknas av gruppmedlem och gäller för gruppmedlemmens barn samt familjehemsplacerade barn (se Begreppsförklaringar). Gruppmedlems makes/makas/sambos barn (även familjehemsplacerade barn) är försäkrade under förutsättning att barnen är stadigvarande (se Begreppsförklaringar) bosatta på samma adress som gruppmedlemmen. Särskilda regler gäller för höjt försäkringsbelopp vid invaliditet, se nedan. Utländskt barn, som gruppmedlemmen avser att adoptera, är försäkrat så snart det kommit till Sverige, förutsatt att Socialnämnden lämnat medgivande. Kommer adoption inte till stånd, upphör försäkringen när barnet lämnar Sverige, dock senast efter ett år från det barnet kom till Sverige. Försäkringen kan tecknas för barn och ungdomar som inte fyllt 22 år och gäller längst till och med utgången av det kalenderår varunder barnet fyller 25 år.

Upphör gruppmedlems gruppförsäkring dessförinnan att gälla, upphör också barnets försäkring. Försäkringstagaren ska anmäla till Folksam när yngsta barnet uppnått ovanstående slutålder så att försäkringen kan avregistreras. Försäkringen gäller dygnet runt. Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Höjt försäkringsbelopp vid invalidiet och hälodeklaration

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

Diagnosförsäkring – Barn

Diagnosförsäkring tecknas som ett tillval till barnförsäkringen efter anmälan till Folksam.

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

Förutsättningar för att ersättning ska kunna utbetalas

För att ersättning ska kunna lämnas, gäller att olycksfallet eller sjukdomen ska ha inträffat respektive visat sig under försäkringstiden. Sjukdom anses ha visat sig den dag första sjukvårdskontakt togs med anledning av ifrågavarande sjukdom eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.

Utöver detta gäller följande begränsningar:

a. För att få ersättning för sjukhusvistelse vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter att barnet har fyllt ett år eller efter det att barnet fyllt 6 månader om Graviditet Plus tecknats.

b. För att få rätt till årlig kostnadsersättning samt ersättning för medicinsk eller ekonomisk invaliditet i barnförsäkringen gäller följande begränsningar vid sjukdom:
   – sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader och – sjukdomen eller symtomen enligt ovan ska första gången ha visat sig efter det att barnet fyllt två år.

c. För att få rätt till ersättning från Diagnosförsäkring-Barn gäller följande begränsningar.
   – sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom ska första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att barnförsäkringen för det försäkrade barnet efter barnets födelse varit i kraft i minst sex månader.

Begränsningar vid vissa diagnoser (Bmb)

I vissa gruppavtal gäller begränsningar av försäkringsskyddet i Barnförsäkringen för vissa diagnoser.

Om nedanstående begränsningar gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

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

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

13.2 Omfattning – barnförsäkring

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

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

13.3 Rätt till ersättning – barnförsäkring

Ersättning för kostnader (B1)
Ersättning kan lämnas för läke- och resekostnader, tandskadekostnader, skadade kläder och glasögon, rehabiliteringshjälpmedel samt vid sjukhusvistelse.

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

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

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

Läke- och resekostnader (B1.2)
Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling och hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning.

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

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

Vid sjukdom ska kostnaderna ha uppkommit inom tre år från det att sjukdomen visade sig.

Vid sjukdom gäller försäkringen med en självrisk, som för läke- och resekostnader tillsammans för en och samma sjukdom är tre procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader (B1.a2)
Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan/sjukdomen och ska till någon del betalas av allmän försäkring eller på annat sätt finansieras av offentliga medel.

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

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

Resekostnader (B1.d2)
Med resekostnader menas:
- Kostnader för resor till och från vård eller behandling
- Merkostnader för resor mellan fast bostad och ordinarie arbetsplats/skola

Dessa merkostnader ska i första hand ersättas av arbetsgivaren/Försäkringskassan respektive kommunen/skolförsäkringen. 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 färdsätt 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 Folksam 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 färdsätt 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 Folksam.

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

Skadade kläder och glasögon (B1.m2)
Leder olycksfallsskada till att barnet måste behandlas av läkare, lämnas ersättning för kostnader för skadade kläder och glasögon. Ersättning lämnas med högst 0,25 prisbasbelopp.

Begränsningar
Gemensamt för ersättningsmomenten under Kostnader ovan (Läkekostnader, Resekostnader, Tandskadekostnader, Skadade kläder och glasögon) gäller följande begränsningar.
- För olycksfallsskada eller sjukdom som inträffat/visat sig i Sverige ersätts inte kostnader för vård utomlands.
- Om barnet inte har rätt till ersättning från Försäkringskassan i Sverige, lämnas ersättning från försäkringen bara för de kostnader som skulle ha uppkommit om denna rätt funnits.
- Ersättning lämnas inte för kostnader som kan ersättas enligt lag, enligt annan författning eller från annan försäkring. Ersättning lämnas inte heller för kostnader som ersätts enligt kollektivavtal slutet mellan huvudorganisationer på arbetsmarknaden.

Sjukhusvistelse (B1.s2)
Om en olycksfallsskada eller en sjukdom medför att barnet är inskrivet vid sjukhus för vård i sammanlagt minst 3 dagar (enstaka dagar eller i en följd), lämnas ersättning från första dagen i samband med vistelsen på sjukhuset. Ersättning ges även i samband med vård i hemmet om barnet är inskrivet vid sjukhus för aktiv hemsjukvård. Vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter det att barnet har fyllt ett år eller efter att barnet fyllt sex månader om Gravid Plus tecknats.

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

Ersättning lämnas under högst tre år från första 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 Folksam, ska kunna styrkas med originalkvitton.

Sammanlagt lämnas ersättning med högst 3 prisbasbelopp för nödvändiga kostnader för legitimerad rehabiliteringshjälp. Ersättning lämnas för kostnader som uppkommit innan 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/maka, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- allvarliga relationsproblem
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som polisanmälts
- våldtäkt eller andra sexualbrott
- våld i familjen
- myndigs ofrivilliga arbetslöshet som varat sex månader eller längre och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för högst tio behandlingstillfällen hos legitimerad psykolog/psykoterapeut. Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än fem år efter händelsen. Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson. Försäkringen gäller inte för händelse som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsåtlig gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Cancer – ICD C00 – C97, D05
En malign (elakartad) tumör 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 – ICD A84
Kvarstående men som objektivt kan påvisas efter TBE (fästingburen hjärninflammation). Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat TBE-specifika antikroppar i ryggmärgsvätska och/eller i blodet. Men som kvarstår efter 6 månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

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

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

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

7. HIV/AIDS – ICD B20 – B23
Diagnos av infektion av humant immunbristvirus (HIV) i samband med blodtransfusion eller behandling på sjukvårdsinrättning eller som orsakats av en händelse som inträffat under normal yrkesutövning. Följande villkor ska vara uppfyllda:

A. HIV-smittan ådragits under försäkringstiden.

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

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

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

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

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

10. Blindhet – ICD H54.0
Datum då fullständig och bestående förlust av synen på båda ögonen fastställts.

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

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

13. Multipel skleros – ICD G35
Entydig diagnos av specialistläkare i neurologi bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

14. Stroke – ICD I60 – I64
Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar tromboser, 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 ärret/defekten uppkom
- medför klart framträdande ärr i ansiktet som kvarstår ett år efter det att ärret uppkom.

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

Ersättning vid dödsfall (B2.d2)
Om barnet avlider under försäkringstiden utbetalas ersättning med 50 000 kronor – om inte annat har avtalats – som begravningshjälp till barnets dödsbo.

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

Ersättning vid invaliditet (B3.2)
För momenten Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet samt Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet gäller undantag från ersättning avseende psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel). Om dessa undantag gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

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

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

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

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

Årlig kostnadsersättning (B1.e2)
Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel).

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

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

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

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

Medicinsk invaliditet (B3.a2)
Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel).

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

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

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

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

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

Ekonomisk invaliditet (B3.b2)
Om ersättning vid vissa diagnoser är undantagna i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet (se Begränsningar vid vissa diagnoser i början av detta kapitel).

Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga, som är en direkt följd av en olycksfallsskada eller sjukdom som omfattas av försäkringen. Arbetsförmågan anses bestående nedsatt när samtliga möjligheter till arbete i annat yrke 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
- Folksam bedömer arbetsoförmågan 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 arbetsoförmåga.

När olycksfallsskadan eller sjukdomen enligt Folksams 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 arbetsoförmågan enbart beror på ersättningsbar olycksfallsskada eller sjukdom, lämnas ersättning med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot graden av arbetsoförmåga.

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

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

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

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

Omprövning
Omprövning av ersättning för ekonomisk invaliditet kan ske om olycksfallsskadan/sjukdomen medför att nivån på sjukersättningen/aktivitetsersättningen höjs efter det att ersättningen för ekonomisk invaliditet bestämts och betalats ut. Förutsättningen är att höjning av nivån på sjukersättningen/ aktivitetsersättningen ska beviljas innan barnet fyller 32 år.

Vid dödsfall

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

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

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

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

13.4 Giltighet – Gravidförsäkring bas eller plus
Gruppmedlem kan genom anmälan teckna antingen Gravid Bas eller Gravid Plus. Försäkringen måste tecknas för varje graviditet. Gravidförsäkringen kan tecknas till utgången av graviditetsvecka 36. Försäkringen kan gälla tidigast från och med graviditetsvecka tio för mamman och pappan/partnern samt det ofödda barnets syskon och från och med graviditetsvecka 23 för det ofödda barnet. Om försäkringen tecknas efter vecka 23 gäller den med en karens på 14 dagar från teckningsdagen. Detta gäller för försäkringar som tecknats från och med den 1 januari 2013. Gravidförsäkringen gäller inte om försäkringen tecknats efter barnets födelse.

Försäkringen gäller för mamman, hennes väntade barn (oavsett antal barn) och barnets pappa eller mammans partner (make/maka eller sambo), som i villkoren jämställs med pappa. Krisförsäkringen gäller för hela familjen.

Gravidförsäkringen upphör att gälla för alla försäkrade senast vid barnets sexmånadersdag. När barnet föds träder Barnförsäkringen i kraft och gäller från barnets födelse under förutsättning att premie betalas. Kostnader ersätts antingen från Graviditets- eller Barnförsäkringen.

Sjukhusvistelsemomentet i Gravid Plus ger ersättning under totalt sammanlagt 360 dagar dock längst till dess barnet fyllt ett år om försäkringsfallet inträffat under försäkringstiden. En förutsättning för att de försäkrade ska få ersättning för sjukhusvistelse är att graviditeten är normal enligt kontroll av läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före 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 Ersättning vid vårdbidrag ska lämnas, måste vårdbidraget vara fastställt innan barnet fyllt ett år och försäkringsfallet ska ha inträffat under försäkringstiden. All ersättning utbetalas till barnets vårdnadshavare utom medicinsk invaliditet som utbetalas till det försäkrade barnet.

Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Vad menas med normal graviditet?
Den gravida kvinnan har endast symtom som normalt följer av graviditet och som är av mindre och/eller tillfällig natur och som inte innebär någon medicinsk risk för moder eller barn.

13.5 Omfattning Gravidförsäkringen
Följande delar kan ingå.
Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet:

Ersättning för kostnader	G1
Läke- och resekostnader	G1.2
Läkekostnader	G1.a2
Resekostnader	G1.d2
Tandskadekostnader	G1.c2
Sjukhusvistelse	G1.s2
Krisförsäkring	GK
Diagnosförsäkring	GR
Ersättning vid vårdbidrag	GV
Ersättning vid invaliditet	G3.2
Medicinsk invaliditet	G3.a2
Ersättning vid dödsfall	GD.b, GD.f

Vad som menas med olycksfallsskada, sjukdom, tidigare skada/sjukdom samt förutsättningar för att ersättning ska kunna utbetalas framgår i början av kapitel 10.

13.6 Rätt till ersättning – Gravidförsäkringen

Ersättning för kostnader (G1)

Vissa av ersättningsmomenten gäller både vid sjukdom och olycksfallsskada, medan andra gäller endast vid olycksfallsskada.

Läke- och resekostnader för barnet (G1.2) – Plus
Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling. Kostnader för hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning eller som rehabiliteringshjälp-medel ersätts upp till 0,5 prisbasbelopp. För kostnader för nödvändiga resor till och från vård och behandling lämnas ersättning vid sjukdom och olycksfallsskada.

Kostnaderna ska kunna styrkas med originalkvitton.

Vid sjukdom ska kostnaderna ha uppkommit inom tre år från det att sjukdomen visade sig.

Vid olycksfallsskada ska kostnaderna ha uppkommit inom fem år från det att olycksfallet inträffade.

Vid sjukdom gäller försäkringen med en självrisk, som för läke- och resekostnader tillsammans för en och samma sjukdom är tre procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader för barnet (G1.a2) – Plus
Kostnaderna ska grunda sig på föreskrift av legitimerad läkare för att läka skadan/sjukdomen och ska till någon del betalas av allmän försäkring eller på annat sätt finansieras av offentliga medel.

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

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

Resekostnader för barnet (G1.d2) – Plus
Med resekostnader menas:
Kostnader för resor till och från vård eller behandling. Billigast möjliga färdsätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Resekostnader till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för resor i samband med vård som anges i Socialförsäkringsbalken.

Tandskadekostnader för barnet (G1.c2) – Plus
Vid behov av tandläkarvård till följd av olycksfallsskada lämnas ersättning för kostnader enligt nedan. Dock ersätts endast en slutbehandling/permanentbehandling per skada. Ersättning lämnas för kostnader för nödvändig behandling av tand eller av tandprotes som skadats i munnen. Om det redan vid skadetillfället förelåg ett tandbehandlingsbehov vad avser de skadade tänderna, har Folksam 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 färdsätt 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 Folksam.

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

Sjukhusvistelse för mamman och barnet (G1.s2) – Plus
Om sjukdom eller olycksfallsskada som visar sig respektive inträffar under försäkringstiden medför att barnet och/ eller mamman är behov av sjukhusvistelse och läggs in på sjukhus i minst fem dagar i följd, lämnar Folksam en schablonersättning för kostnader i samband med vistelsen på sjukhuset. Försäkringen lämnar också ersättning för vård på neonatalavdelning på grund av för tidig födsel. För att de försäkrade ska få ersättning enligt detta moment ska graviditeten vara normal enligt kontroll av läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. Den gravida kvinnan får inte heller kontrolleras eller behandlas på grund av diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. För den gravida kvinnan ska sjukdomen eller olycksfallsskadan ha samband med förlossning eller graviditet.

Ersättningen lämnas från första dagen med totalt 200 kronor för varje dag av sjukhusvistelsen, in- och utskrivningsdagar inräknade. Ersättning för sjukhusvistelse lämnas för totalt sammanlagt 360 dagar för barnet och mamman dock längst tills barnet fyllt ett år.

Krisförsäkring – Gravid för familjen (GK) – Bas eller Plus

Har det väntade barnets syskon, mamman och/eller pappan på grund av händelse som inträffat under tid som försäkringen varit gällande drabbats av psykisk ohälsa på grund av att:

- det väntade barnet avlider under försäkringstiden
- mamma, pappa eller partner avlider under försäkringstiden
- barnet/fostret är handikappat
- mamman får förlossningspsykos och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skälig kostnad för högst tio behandlingstillfällen hos legitimerad psykolog/psykoterapeut, sammanlagt för angivna familjemedlemmar.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam.

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

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

Diagnosförsäkring – Gravid för barnet (GR) – Plus

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

Rätten till utbetalning av försäkringsbeloppet uppstår efter 30 dagar från det datum då diagnos fastställts. En förutsättning för utbetalning av Diagnosförsäkringen är att den försäkrade fortfarande lever efter de ovan angivna 30 dagarna. Försäkringsbeloppet utbetalas endast för en av de i villkoren angivna diagnoserna även om den försäkrade diagnostiserats med flera diagnoser vid samma tillfälle.

Ersättningen utbetalas också om samtliga villkor för utbetalning av diagnosförsäkringen är uppfyllda inom 30 dagar från det att slutåldern uppnåtts.

Sjukdomar och tillstånd klassificeras enligt ICD-10. För att det försäkrade barnet ska ha rätt till ersättning enligt ovan ska någon av nedanstående diagnoser vara fastställd.

1. Downs Syndrom
Utvecklingsstörning som beror på kromosomavvikelse. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q90.

2. Medfödd hydrocefalus (vattenskalle)
Medfödd vattenskalle hos nyfödd som orsakas av en störning i likvorcirkulationen. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q03.

3. Spina bifida (ryggmärgsbråck)
En missbildning i ryggraden där kotbågarna baktill inte har vuxit samman. En förutsättning för ersättning är ryggmärgsbråck som buktar ut ur spaltöppningen i skallen eller ryggraden. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q05.

4. Medfödda missbildningar av hjärtats kamrar och förbindelser
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q20.

5. Medfödda missbildningar av hjärtats skiljeväggar
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q21.

6. Medfödda missbildningar av hjärtats klaffar
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q23.

7. Medfödda missbildningar av de stora artärerna
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q25.

8. Reduktionsmissbildningar av övre extremitet
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q71.

9. Reduktionsmissbildningar av undre extremitet
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q72.

10. Blindhet (och allvarlig nedsatt syn)
Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod H54.

11. Psykisk utvecklingsstörning
En förutsättning för ersättning är en svår eller grav medfödd utvecklingsstörning. Diagnosen ska ställas av specialistläkare i barnneurologi anvisad av Folksam. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskoderna F72 och F73.

12. Cerebral pares (CP)
Skadan ska vara medfödd eller ha uppkommit till följd av syrebrist i samband med förlossningen. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod G80.

13. Cancer
Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:
1. förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ), dock gäller försäkringen för cancer in situ i bröst.
2. all hudcancer om den inte klassificerats som malignt (elakartad) melanom med en tjocklek på mer än 0,5 mm. Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod C00-97.

Ersättning vid vårdbidrag för barnet (GV) – Plus
Ersättning kan lämnas under förutsättning att mamman eller annan vårdnadshavare blir berättigad till vårdbidrag om minst 25 % enligt lag om allmän försäkring innan barnet fyller ett år. Barnets sjukdom eller olycksfallsskada som ger rätt till vårdbidraget ska ha visat sig respektive inträffat under försäkringstiden.

Rätt till ersättning inträder från och med första dagen räknat från den tidpunkt då vårdbidraget beviljades. Ersättning utbetalas i efterskott för tid som vårdbidraget beviljas dock längst i ett år, med en tolftedel av nedanstående ersättningsbelopp för varje hel månad som vårdbidraget varat. Ersättningen utbetalas till den vårdnadshavare som beviljats vårdbidraget.

Ersättning vid vårdbidrag lämnas med så stor del av ersättningsbeloppet som motsvarar graden av beviljat vårdbidrag. Vid helt vårdbidrag utbetalas högst 40.000 kronor.

I fall där vårdbidraget avser flera barn beräknar Folksam ersättningen efter den vårdbidragsnivå som sannolikt skulle ha beviljats om beslutet endast avsett det försäkrade barnet/barnen, vars del av vårdbidraget måste uppgå till minst en fjärdedel för att ersättning ska kunna lämnas.

Om nivån på vårdbidraget ändras, ändras nivån på ersättningen från denna försäkring på motsvarande sätt. Om vårdbidraget upphör, upphör rätten till ersättning. Om det försäkrade barnet/barnen avlider upphör rätten till ersättning från och med månaden efter att dödsfallet inträffat. Ersättning lämnas inte för merkostnadsvårdbidrag.

Medicinsk invaliditet för barnet (G3.a2) – Bas eller Plus
Ersättning kan lämnas för medicinsk invaliditet vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden.

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

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunktionen ska vara orsakad av olycksfallsskada. Som medicinsk invaliditet räknas även förlust av inre organ.

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

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

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

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

Ersättning vid dödsfall (GD.b) – Bas
Graviditet Bas kan lämna ersättning med 10 000 kronor om det försäkrade barnet avlider under försäkringstiden från och med graviditetsvecka 23.

Utbetalningen sker till barnets dödsbo.

Ersättning vid dödsfall (GD.f) – Plus
Graviditet Plus kan lämna ersättning med 20 000 kronor om det försäkrade barnet avlider under försäkringstiden från och med graviditetsvecka 23. Om vårdnadshavare avlider under försäkringstiden lämnas ersättning med 10 000 kronor.

Utbetalningen sker till den avlidnes dödsbo.

Sammanfattning av Gravidförsäkringens ersättningsförmåner

För fullständiga regler, se villkorstext.

Gravid Bas

Ersättning för/vid	Barn	Mamma	Pappa eller partner
Medicinsk invaliditet	Högst 400.000 kr vid olycksfall (1)		
Dödsfall	10.000 kr (2)		
Krisbehandling		Högst 10 behandlings-tillfällen (3)	Högst 10 behandlings-tillfällen (3)

Gravid Bas

Ersättning för/vid	Barn	Mamma	Pappa eller partner
Medicinsk invaliditet	Högst 800.000 kr vid olycksfall (1)		
Dödsfall	20.000 kr (2)	10.000 kr	10.000 kr (7)
Sjukhusvistelse	Högst 200 kr/dag i totalt 360 dagar för barn och/eller mamma (4)	Se Barn	
Ersättning vi vårdbidrag	Nödvändiga kostander inom 5 år från skadefallet		
Diagnosförsäkring	80.000 kr (6)		
Krisbehandling		Högst 10 behandlings-tillfällen (3)	Högst 10 behandlings-tillfällen (3)

1. Medicinsk invaliditet i gravidförsäkringen gäller vid olycksfall. Då barnet är fött kan även ersättning för medicinsk invaliditet vid olycksfall lämnas från barnförsäkringen.
2. Gäller för barns dödsfall från och med graviditetsvecka 23.
3. Gäller för händelse som inträffat under försäkringstiden, från graviditetsvecka tio och fram till barnets sexmånadersdag. Högst tio behandlingstillfällen sammanlagt för familjen.
4. Ersättning lämnas efter fem dagars sjukhusvistelse från dag 1 med 200 kr/dag i totalt sammanlagt 360 dagar för mamma och/eller barn längst tills dess barnet fyller ett år för försäkringsfall som inträffat under försäkringstiden. För att de försäkrade ska få ersättning enligt detta moment ska graviditeten vara normal enligt kontroll av legitimerad läkare verksam i Sverige eller mödravårdcentral före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. Den gravida kvinnan får inte heller kontrolleras eller behandlas på grund av diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck före ansökan om försäkring och före graviditetsvecka 23. För mamman ska sjukdomen eller olycksfallsskadan ha samband med förlossning eller graviditet.
5. Ersättningen är beroende av vårdbidragets storlek och kan lämnas om vårdbidrag beviljas innan barnet fyller ett år om försäkringsfallet inträffat senast på barnets sex månadersdag.
6. Ersättning utbetalas 30 dagar efter att diagnos som anges i villkoren fastställts under förutsättning att barnet lever vid denna tidpunkt.
7. Gäller endast vårdnadshavare.

Efterskydd och Fortsättningsförsäkring

Gruppmedlem/medförsäkrad har rätt till efterskydd eller fortsättningsförsäkring enligt följande:

Efterskydd

Gruppmedlem/medförsäkrad som har omfattats av försäkring i minst sex månader har ett förlängt försäkringsskydd (efterskydd) i tre månader om gruppmedlemmen lämnar den försäkringsberättigade gruppen.

För medförsäkrad gäller efterskydd dessutom då
- äktenskapet/partnerskapet/samboförhållandet upplöses
- gruppmedlemmen avlider.

Rätten till efterskydd gäller inte om
- du under efterskyddstiden fått eller uppenbarligen kan få försäkringsskydd av samma slag som tidigare
- slutåldern i försäkringen uppnåtts
- gruppmedlemmen själv valt att säga upp försäkringen för sig och/eller medförsäkrad
- försäkringen sagts upp på grund av att gruppmedlemmen inte betalat premie i rätt tid.

Om försäkringsfall inträffar under efterskyddstiden kan ersättning utbetalas från försäkringen. Se definitionen av försäkringsfall under *Förklaringar av viktiga begrepp.*

Fortsättningsförsäkring

Gruppmedlem/medförsäkrad som har omfattats av försäkring i minst sex månader har rätt att teckna fortsättningsförsäkring
- om gruppmedlemmen går ur den försäkringsberättigade gruppen eller
- om gruppavtalet sägs upp av Folksam eller av gruppen, dock inte om nytt gruppavtal träffas om samma typ av försäkring för väsentligen samma grupp i Folksam eller i annat försäkringsföretag.

Medförsäkrad make/sambo har dessutom rätt att teckna fortsättningsförsäkring
- om äktenskapet eller samboförhållandet med gruppmedlem upphör
- om gruppmedlemmen avlider
- om försäkringen sägs upp på grund av att gruppmedlemmen inte betalat premie i rätt tid.

Medförsäkrat barn har dessutom rätt att teckna fortsättningsförsäkring
- om gruppmedlems gruppförsäkring upphör att gälla
- om barnet inte längre tillhör den försäkringsberättigade gruppen och försäkrat barn är under 25 år.

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte om
- du fått eller uppenbarligen kan få försäkringsskydd av samma slag som tidigare
- gruppmedlemmen själv valt att säga upp gruppförsäkringen för sig och/eller medförsäkrad
- innehållet i försäkringen ändras.

Gruppmedlemmen har heller inte rätt att teckna fortsättningsförsäkring om den ursprungliga försäkringen sagts upp på grund av att premie inte betalats i rätt tid.

Ansökan om fortsättningsförsäkring ska göras inom tre månader från det att den tidigare försäkringen upphörde att gälla.

En förutsättning för att fortsättningsförsäkring ska beviljas är att premie betalas för hela tiden efter den senaste betalda premieperioden.

Fortsättningsförsäkring tecknas utan hälsoprövning.

Fortsättningsförsäkringens omfattning och villkor kan skilja sig från vad som gäller för den ursprungliga försäkringen.

Försäkringen gäller för ett år i taget.

Premie för fortsättningsförsäkring beräknas enligt särskild tariff.

Försäkringshandlingar
I samband med att fortsättningsförsäkring tecknas får du försäkringshandlingar från Folksam.

Försäkringsbesked ger information om försäkringens omfattning. Faktura/premieavisering ger information om aktuell premie. Du ska kontrollera att du har gällande försäkring med rätt försäkringsomfattning och betalar rätt premie.

Försäkringsvillkoren
Försäkringsvillkoren under avsnitten *Förklaringar av viktiga begrepp, Gemensamma bestämmelser, Sjukförsäkring, Sjukkapitalförsäkring, Diagnosförsäkring, Olycksfallsförsäkring, Medlemsbarn* och *Livförsäkring* gäller i förekommande fall också för fortsättningsförsäkring. Under avsnitt *Allmänt* gäller dock nedanstående bestämmelser i stället för vad som där anges under *Gemensamma bestämmelser, När nytecknad och ändrad försäkring börjar gälla* och *När försäkringen slutar gälla.*

När försäkringen börjar gälla
För att fortsättningsförsäkringen ska börja gälla, ska reglerna om rätten att teckna fortsättningsförsäkring vara uppfyllda. Anmälan om fortsättningsförsäkring ska skickas till oss.

Försäkringens omfattning
Den omfattning fortsättningsförsäkringen har vid tidpunkten för tecknandet kan inte utökas under försäkringstiden.

När försäkringen slutar gälla
Fortsättningsförsäkring kan gälla längst till och med det kalenderår då du fyller 65 år eller uppnår den slutålder som gällde för den ursprungliga försäkringen.

Fortsättningsförsäkringen upphör dessförinnan att gälla i följande fall:
- Du säger upp försäkringen.
- Du betalar inte premien i rätt tid.

Övrig information

Behandling av personuppgifter
Folksam värnar om din personliga integritet och vill att du ska känna dig trygg i hur vi hanterar dina uppgifter. När du ingår ett försäkringsavtal med Folksam behandlar vi dina personuppgifter huvudsakligen för att fullgöra våra åtaganden enligt försäkringsavtalet och för att följa de lagar och regler som gäller för vår verksamhet. Vi behandlar även dina uppgifter när vi har ett berättigat intresse att behandla dina personuppgifter till exempel för att tillhandahålla relevant information och marknadsföring till dig och för att utveckla våra produkter och tjänster. Hur vi behandlar dina personuppgifter beror på vilka produkter du har hos oss. På www.folksam.se/personuppgifter hittar du mer information om hur vi behandlar dina personuppgifter. Där kan du bland annat läsa om vilka personuppgifter vi behandlar, för vilka ändamål vi behandlar personuppgifter, vilka parter vi delar personuppgifter med och hur du utövar dina rättigheter. Du kan även kontakta vår kundservice på 0771-950 950.

Vi vill att du ska vara nöjd

Det är viktigt att det finns en väl fungerande klagomålshantering för att du som kund ska kunna få dina intressen tillgodosedda.

En god hantering av klagomål ger Folksam en möjlighet att fånga upp problem samt att vidta förebyggande åtgärder. Du hittar mer information på folksam.se/klagomal

Vänd dig först till oss på Folksam
Missförstånd eller oenigheter kan ofta klaras upp på ett enkelt sätt. Ta därför först kontakt med den som handlagt ditt ärende. Om du ändå inte blir nöjd så kan du kontakta handläggarens närmaste chef.

Gäller oenigheten värdering av skadad egendom kan du begära ett utlåtande av en opartisk värderingsman. Du kan läsa mer om detta i försäkringsvillkoren som du hittar på folksam.se eller hos närmaste Folksamkontor.

Kundombudsmannen Folksam

Du som är kund i Folksam har möjligheten att få ditt ärende omprövat av Kundombudsmannen Folksam som är oberoende i förhållande till Folksams organisation. Kundombudsmannen omprövar de flesta ärenden rörande försäkring, skadefrågor och sparande. Om du inte är nöjd med Folksams slutliga beslut kan Kundombudsmannen göra en opartisk bedömning av ditt ärende. Efter det att Folksam har lämnat sitt slutliga beslut har du ett år på dig att göra en anmälan till Kundombudsmannen, under förutsättning att preskription inte inträtt i enlighet med vad som anges nedan i avsnittet ”Vänta inte för länge”.
Adress: 106 60 Stockholm
Telefon: 020-65 52 53
E-post: kundombudsmannen@folksam.se
Webb: folksam.se

Försäkringskommitté

Om du omfattas av en gruppförsäkring kan det finnas möjlighet att få ditt ärende prövat av en försäkringskommitté. Vänd dig till Kundombudsmannen Folksam för information om detta förfarande.

Partssammansatta nämnder

Om du har en försäkring som grundar sig på kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter så kan du ofta få ditt ärende prövat i en partssammansatt nämnd. För uppgift om vilken partssammansatt nämnd som gäller för dig, kontakta Folksams kundservice eller se Folksams hemsida.

Branschgemensamma nämnder

Du kan i vissa fall få ditt ärende prövat i någon av följande nämnder:

Trafikskadenämnden
Trafikskadenämnden är fristående från försäkringsföretagen och verkar för en enhetlig och skälig personskadereglering inom trafikförsäkringen. Vissa ersättningsfrågor är obligatoriska och ska alltid prövas av nämnden. Folksam hjälper dig i samband med den obligatoriska prövningen.

Det finns andra frågor där vi inte är skyldiga att inhämta yttrande. I dessa frågor kan du själv begära prövning hos Trafikskadenämnden via en särskild blankett som finns på Trafikskadenämnden.
Adress: Box 24048,
104 50 Stockholm
Webb: trafikskadenamnden.se

Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd
Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd prövar ärenden för personer som skadats och har rätt till skadestånd för sina skador. Den fungerar ungefär som trafikskadenämnden gör för trafikskadade. Vissa ersättningsfrågor ska alltid hänskjutas till nämnden för yttrande. Framför dina önskemål till Folksam om du vill att nämnden ska yttra sig i frågor där vi inte är skyldiga att inhämta yttrande.

Patientskadenämnden
Patientskadenämnden är en rådgivande nämnd till försäkringsföretagen. Nämnden ska på begäran av patient, vårdgivare, försäkringsföretag eller domstol yttra sig i skadeärenden som rör patientförsäkringen.
Adress: Box 24127, 104 51 Stockholm

Personförsäkringsnämnden
Personförsäkringsnämnden prövar tvister mellan den försäkrade (enskild konsument) och försäkringsföretaget i ärenden som rör liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring, i de fall där det krävs medicinska bedömningar.

Nämnden för Rättsskyddsfrågor
Nämnden för Rättsskyddsfrågor prövar på begäran av försäkrad omfattningen av rättsskyddsförsäkring, fråga om ersättningsanspråk inom rättsskyddsförsäkring och trafikförsäkring och fråga om överprövning av ombuds lämplighet inom rättsskyddsförsäkring och trafikförsäkring.

Du kan själv begära prövning hos *Personförsäkringsnämnden* och *Nämnden för Rättsskyddsfrågor* via en särskild blankett som finns hos Svensk Försäkrings Nämnder.
Adress: Box 24067, 104 50 Stockholm
Tel: 08-522 787 20
Webb: forsakringsnamnder.se

Anmälan till *Nämnden för Rättsskyddsfrågor* måste göras senast inom ett år efter det att du har framfört ditt klagomål till Folksam.

Allmänna reklamationsnämnden (ARN)

ARN är en statlig myndighet som kostnadsfritt prövar de flesta tvister om privatpersoners försäkringar, dock inte tvister som rör ett lägre belopp än 2 000 kronor eller medicinska bedömningar och i regel inte ärenden som rör obligatorisk gruppförsäkring. ARN prövar inte heller försäkringstvister rörande försäkring som grundar sig på kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter, om avtalet föreskriver ett särskilt tvistelösningsförfarande. Detta sker vanligtvis genom prövning i en partssammansatt nämnd. Fler undantag finns och framgår av ARN:s hemsida.

Anmälan till ARN måste göras senast inom ett år efter det att du har framfört ditt klagomål till Folksam. Om det gått längre tid än ett år har du alltid möjlighet att skicka in anmälan inom två månader efter det att Kundombudsmannen Folksam har lämnat slutligt besked.
Adress: Box 174, 101 23 Stockholm
Telefon: 08-508 860 00
E-post: arn@arn.se
Webb: arn.se

Allmän domstol

Du kan få din tvist med Folksam prövad av tingsrätten. Om du har rättsskyddsförsäkring kan den ersätta en del av rättegångskostnaderna.

Konsumenternas Försäkringsbyrå

Försäkringsbyrån ger kostnadsfri information och råd i försäkringsfrågor, men prövar inte enskilda försäkringstvister.
Adress: Box 24215, 104 51 Stockholm
Telefon: 0200-22 58 00
Webb: konsumenternas.se

Kommunal konsumentvägledning

Du kan också få information och råd via din hemkommuns konsumentvägledare.

Vänta inte för länge

Om du väntar för länge med att få din tvist prövad kan du förlora din rätt till ersättning (preskription). Vill du undvika preskription måste du väcka talan vid tingsrätten inom tio år från skadehändelsen/tidpunkten när det förhållande inträffade/inträdde som enligt försäkringsavtalet berättigar till försäkringsersättning eller annat försäkringsskydd. Om den tidpunkten inträffat före den 1 januari 2015 måste du i regel väcka talan inom tre år från det att du fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande. Om ett försäkringsavtal berättigar till ersättning för olika ersättningsposter eller olika skador vid olika tidpunkter kan delar av anspråket preskriberas enligt äldre bestämmelser och andra delar enligt nya bestämmelser.

Om du som privatperson anmält din skada eller ditt anspråk före preskriptionstidens utgång har du alltid minst sex månader på dig att väcka talan från det att du fått slutligt besked från Folksam eller Kundombudsmannen Folksam.