

Villkor för Motormännens försäkringsförmedling AB

Gruppavtal 40882



Gäller från och med 1 juni 2018
Försäkringsvillkor Grupp försäkring
Folksam ömsesidig livförsäkring
Folksam ömsesidig sakförsäkring

Folksam

Innehåll

1 Ordlista	5
2 Gemensamma bestämmelser	8
3 Allmänna begränsningar i gruppförsäkringarnas giltighet	18
4 Vi vill att du ska vara nöjd	20
9 Produktvillkor Diagnosförsäkring	22
9.1 Omfattning diagnosförsäkring och begränsningar – vuxen (R1.r)	22
9.2 Omfattning begravningshjälp (R1.b)	24
9.3 Omfattning krisförsäkring (R1.k)	24
9.4 Omfattning utbetalning av diagnosförsäkring till arbetsgivaren (R1.a)	24
9.5 Rätt till ersättning – utbetalning av diagnosförsäkring till arbetsgivaren	24
9.6 Premiebefrielse	24
9.7 Diagnosförsäkring – Senior	24
10 Produktvillkor Olycksfallsförsäkring	25
10.1 Giltighet	25
10.2 Omfattning	25
10.3 Gemensamma regler	26
Ersättning för kostnader (O1)	26
10.4 Rätt till ersättning –	26
Sjukhusvistelse (O1.s1)	28
Krisförsäkring (O1.k)	28
Rehabiliteringskostnader och handikapphjälpmedel (O1.r1)	28
Rehabilitering vid sjukdom (O1.r2)	28
Handikapphjälpmedel (O1.r3)	29
Ersättning för sveda och värk (O2.a1)	29
Olycksfallskapital (O2.b2)	29
Omkostnadskapital (O2.b3)	30
Schablonersättning – vid olycksfall i arbete (O2.b4)	30
Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men (O2.c1)	31
Ersättning vid dödsfall (O2.d1)	31
Ersättning vid dödsfall (O2.d2)	31
Ersättning vid Invaliditet (O3.1)	31
Handikappfordon (O2.h2)	34
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet – heltid (OT)	34
Medicinsk invaliditet vid sjukdom (O3.a5)	34

11 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-G)	36
11.1 Giltighet – barnförsäkring	36
11.2 Omfattning – barnförsäkring	37
11.3 Rätt till ersättning – barnförsäkring	37
Ersättning för kostnader (B1)	37
Diagnosförsäkring – Barn (BR)	39
Vanprydande ärr (B2.e2)	40
Ersättning vid dödsfall (B2.d2)	41
Ersättning vid invaliditet (B3.2)	41
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet (BT)	42
11.4 Giltighet – Gravidförsäkring bas eller plus	42
11.5 Omfattning Gravidförsäkringen	43
11.6 Rätt till ersättning – Gravidförsäkringen	43
13 Produktvillkor Sjukvårdsförsäkring	47
13.0 Vårdrådgivning och åtgärder för skada	48
13.1 Sjukvårdsförsäkring Bas	48
13.1.1 Omfattning	48
13.1.2 Rätt till ersättning	48
13.1.3 Begränsningar – Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning	49
13.2 Sjukvårdsförsäkring Plus	49
13.2.1 Omfattning	49
13.2.2 Rätt till ersättning	50
13.2.3 Begränsningar – Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning	51
13.3 Sjukvårdsförsäkring Max	51
13.3.1 Omfattning	51
13.3.2 Rätt till ersättning	51
13.3.3 Begränsningar – Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning	52
13.4 Vad Sjukvårdsförsäkring – Bas – Plus – Max – inte gäller för	52

Försäkringsgivare

Försäkringsgivare till Diagnosförsäkringen är Folksam ömsesidig livförsäkring, organisationsnummer 502006-1585.

Försäkringsgivare till Barnförsäkringen, Gravidförsäkringen och Sjukvårdsförsäkringen är Folksam ömsesidig sakförsäkring, organisationsnummer 502006-1619.

Adress

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. Alla utskick avseende ditt försäkringsinnehav sker till din folkbokföringsadress, såvida vi inte kommer överens om annat.

Avtal, villkor och tillämpliga lagar

Till grund för gruppför-säkringen ligger ett avtal (gruppavtal) mellan å ena sidan Folksam och å andra sidan företrädare för de försäkringsberättigade. En förutsättning för den enskilda försäkringens giltighet är att gruppavtalet består.

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

Försäkringsfall regleras enligt de villkor som gällde när försäkringsfallet inträffade. För försäkringarna gäller dessutom vad som anges i gruppavtalet, i försäkringsavtalslagen (2005:104) och allmän svensk lag i övrigt. Bestämmelse i gruppavtalet har företräde framför bestämmelse i dessa villkor.

Beskattning

Utbetalda försäkringsbelopp är fria från inkomstskatt. För Diagnosförsäkring som utbetalas till arbetsgivaren gäller särskilda regler, dessa framgår av faktablad för Diagnosförsäkring.

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

Faktabladen finns att läsa eller kan beställas på folksam.se – Försäkringar – Blanketter och material – Allmänna faktablad.

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 50 kronor. Om din återbäring är lägre än 50 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 50 kronor. Om din återbäring är lägre än 50 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.

1 Ordlista

I dessa villkor avses med:

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

Ansvarstid – För sjukvårdsförsäkringen

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

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

Demenssjukdomar

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

Diagnos

Bestämning av sjukdom, skada, störning i kroppsfunction.

Fosterbarn – med fosterbarn avses barn som placerats hos gruppledare alternativt gruppledes make/sambo enligt beslut i socialnämnd. För fosterbarn som flyttar till annan fosterhemsplacering eller som flyttar åter till sina biologiska föräldrar upphör försäkringen att gälla när beslut härom fattats i socialnämnd. När fosterbarnet upphör att vara fosterhemsplacerad på grund av att barnet uppnått slutåldern för fosterhemsplacering upphör barnförsäkringen att gälla.

Fullt arbetsför

Fullt arbetsför innebär att den som ska försäkras:

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar
- inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning

- För den som har lönebidragsanställning, på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete eller av hälsoskäl har fått ett anpassat arbete gäller vissa kvalifikationsregler (denna punkt gäller dock ej för sjukvårdsförsäkringen) – se Gemensamma bestämmelser.

I studerandeförsäkring jämställs fullt studieför med fullt arbetsför.

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

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

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

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

Försäkringsfall – som tidpunkt för försäkringsfallet anses

- vid livförsäkring, förtidskapital, efterlevandeskydd och familjeskydd: den tidpunkt då den försäkrade avlidit eller då rätt till utbetalning av förtidskapital, förtidsutbetalning eller barnskydd inträtt
- vid sjukförsäkring: sjukperiodens början
- vid olycksfallsförsäkring: den tidpunkt när olycksfallet inträffade eller
 - vid sjukfall i Olycksfallsförsäkringen: – medicinsk invaliditet: den tidpunkt då den försäkrade fått en diagnos fastställd för den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande sjukdomen.
- vid rehabilitering vid sjukdom: den tidpunkt när den försäkrade hade en kostnad för rehabiliterande behandling
- vid krisförsäkring: den tidpunkt när traumatisk händelse som anges i försäkringsvillkoren inträffade
- vid barnsjukförsäkring: den tidpunkt då sjukdomen visade sig. Sjukdom anses ha visat sig den dag första sjukvårdskontakt togs med anledning av ifrågasvarande
- sjukdom eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.
- vid barngruppliv: den tidpunkt då det försäkrade barnet avlidit.

- vid *diagnosförsäkring*:
 - *diagnosförsäkring* som ska utbetalas till den försäkrade: den tidpunkt som inträffar 30 dagar efter den dag då den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.
 - *för diagnosförsäkringens begravningshjälp*: det datum då den försäkrade avlider inom 30 dagar efter den dag då den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.
 - *för diagnosförsäkring som ska utbetalas till arbetsgivaren*: den tidpunkt som inträffar 30 dagar efter den dag då den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.
 - *för diagnosförsäkringens krisförsäkring*: När behov av krishjälp uppstår med anledning av att den försäkrade fått den enligt försäkringsvillkoren ersättningsberättigande diagnosen.
- vid *sjukvårdsförsäkring* den händelse som enligt försäkringsvillkoren kan ge rätt till ersättning. Ett försäkringsfall anses ha inträffat:
- vid tidpunkten för olycksfallet
- vid tidpunkten då sjukdomen debuterade. Med debut menas den tidpunkt, då den försäkrade blev eller borde ha blivit medveten om sjukdomen eller symtom på sjukdom. Flera sjukdomar/besvär med medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall. Detta gäller dock inte om den försäkrade varit symtom-, vård- och medicineringsfri i mer än 12 sammanhängande månader efter det att ansvarstiden för det tidigare försäkringsfallet gått ut. Ett nytt försäkringsfall anses då ha inträffat.

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

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

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

Försäkringstagare till Kompanjonförsäkring: den person som under försäkringstiden äger försäkringen.

Försäkringstid – den tid försäkrad omfattas av gruppförsäkring.

Gruppföreträdare – den person som företräder gruppen i kontakten med försäkringsgivaren.

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

Gruppmedlem – den som tillhör den grupp som bestäms av gruppavtalet och är försäkrad enligt gruppavtalet.

ICD kod – ICD-koder refererar till den svenska versionen av den 10:e revisionen 1997 av den internationella statistiska klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, ICD10 som fastställts av Världshälsoorganisationen. ICD10 ska tillämpas även om klassifikationen ändras eller om diagnoskoder ändras eller tillkommer. Klassifikationen finns på Socialstyrelsens webbplats (socialstyrelsen.se).

Karenstid/Ersättningskarens (gäller sjukförsäkring) – den tid sjukperiod ska pågå innan gruppmedlem får rätt till ersättning.

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

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

Medförsäkrad – gruppmedlems make eller sambo, som i denna egenskap är försäkrad enligt gruppavtalet.

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

Olycksfallsskada

En olycksfallsskada är en kroppsskada som den försäkrade drabbas av genom en oförutsedd plötslig yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall). Psykiska skador/besvär betraktas inte som kroppsskada. Med olycksfallsskada jämföras kroppsskada som uppkommit genom förfrysning, värmeslag eller solsting. Den dag sådan skada visade sig anses då vara tidpunkten för olycksfallsskadan.

Patientavgift

Egenavgift som den vård sökande betalar i offentlig vård eller Primärvård.

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

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

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

Remiss

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

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

Sjukdom

För sjukvårdsförsäkringen

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

Sjukdom vid medicinsk invaliditet

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

Med sjukdom avses dock inte:

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

- Besvär som fordrar behandling i förebyggande syfte.

Sjukperiod (gäller sjukförsäkring) – den tid gruppledmedlem är arbetsoförmögen.

Självrisk

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

Specialistvård

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

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

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

Symtom

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

Åldringsvård

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

2 Gemensamma bestämmelser

Dessa gemensamma bestämmelser gäller om inte annat anges i produktvillkoret.

Innehåll	sid.
Gruppavtalet	10
Rätt att ansöka om försäkring	10
Teckningsregler för sjukvårdförsäkring	10
När försäkringsgivarens ansvar inträder för försäkringarna	10
Hälsokrav	10
Regler för automatisk anslutning	11
Hälsokrav för att omfattas av försäkring med automatisk anslutning	11
Kvalifikationer för lönebidragsanställda och person som på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete	12
Premie	12
Patientskador	13
Ångerrätt	13
Premiefrielse	13
Premiefrielse vid arbetslöshet	13
Överlåtelse	14
Återkrav	14
Sekretess	14
När försäkringen upphör att gälla	14
Efterskydd	14
Fortsättningsförsäkring	15
Upplyningsplikt	16
Oriktig uppgift	16
Folksams Seniorförsäkring	16
Åtgärder för utbetalning	16
Preskription	16
Tidpunkt för utbetalning och räntebestämmelser	17
Juridiskt ombud	17
Gemensamt skaderegister (GSR)	17
Behandling av personuppgifter	17

Gruppavtalet

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

Rätt att ansöka om försäkring

Följande personer har rätt att ansöka om försäkring:

- *medlem* i förbund eller förening. Sammanslutningen ska ha en naturlig och varaktig koppling medlemmarna emellan och bildats för annat syfte än att ansöka om gruppförsäkring.
- *tillsvidareanställd*
- *visstidsanställd* med en sammanhängande anställningstid om minst 6 månader
- *provanställd*, förutsatt att varken den anställda eller arbetsgivaren har meddelat att provanställningen inte kommer att övergå i tillsvidareanställning
- *make eller sambo* till person som har rätt att ansöka om försäkring. Ansökan om försäkring kan göras om gruppmedlem tecknat minst en av försäkringarna som erbjuds i gruppavtalet, om inte annat har avtalats.

Teckningsregler för sjukvårdsförsäkring

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

- ha fyllt 16 men inte 65 år. För omyndig krävs skriftligt godkännande av vårdnadshavare
- vara antingen bosatt och folkbokförd i Sverige eller förvärvsarbeta i Sverige men ha sin fasta bostättning i annat nordiskt land
- vara inskriven i Försäkringskassan
- vara svensk medborgare eller, om den sökande inte är svensk medborgare, ska denne ha varit bosatt i Sverige under de senaste 12 månaderna före anslutningen
- vara fullt arbetsför (se ordlistan) och/eller fått en hälso-deklaration godkänd av Folksam.

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

Hälsoprövningen sker hos Folksam.

När försäkringsgivarens ansvar inträder för försäkringarna

Ansvaret för en försäkring enligt ett gruppavtal inträder den dag Folksam, eller någon som tar emot handlingar för Folksams räkning, mottagit anmälan och sådana hand-

lingar att försäkringen kan beviljas enligt de bestämmelser som gäller för gruppavtalet.

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

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

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

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.

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

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

Hälsokrav

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

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

För olycksfallsförsäkring finns inte något krav på full arbetsförhet för anslutning. Den som inte är fullt arbetsför och på grund därav inte fullt ut kan utnyttja rätt till höjning av försäkringsbeloppet kan ansöka om det högre beloppet när full arbetsförhet åter föreligger. Detsamma gäller för annan utökning av försäkringsskyddet.

För sjukvårdsförsäkringen ska, för att Folksams ansvar ska börja gälla, den som ska försäkras vara fullt arbetsför de senaste 3 månaderna innan försäkringen började gälla. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom tre månaders perioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

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

Regler för automatisk anslutning

Följande regler gäller om inte annat har avtalats:

Ny medlem/ny anställd som uppfyller hälsokraven och som inte fyllt 65 år erbjuds vid inträdet i förbundet/föreningen respektive vid anställningen i företaget ett kostnadsfritt grundskydd. Ny medlem/ny anställd som uppfyller hälsokraven erbjuds automatiskt ett grundskydd med reservationsrätt. Grundskyddets omfattning framgår av försäkringsavtalet. Grundskyddet gäller utan kostnad för ny medlem/ny anställd under 3 månader från anslutningsdagen i förbundet/föreningen respektive anställningsdagen i företaget – förskydd. (Annan tid kan ha avtalats och framgår då av gruppavtalet.)

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/sambo som ej fyllt 65 år, samt barnförsäkring. Komplettering med högre livförsäkringsbelopp, sjukförsäkring, samt försäkring för make/ sambo sker alltid mot hälsodeklaration.

Hälsokrav för att omfattas av försäkring med automatisk anslutning

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

- För *livförsäkring, efterlevandeskydd och familjeskydd*: ny medlem/ny anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes, eller att hon/han senare varit fullt arbetsför under 30 dagar i följd under den erbjudna förskyddstiden. Om inte hälsokraven uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.
- För att ansvaret för *förtidskapital* ska inträda gäller dessutom att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 3 månaderna innan förtidskapital började gälla för henne/honom eller att hon/han senare varit fullt arbetsför minst 3 månader i följd. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom tremånadersperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar.

- För att ansvar för *sjukförsäkringen och sjukvårdsförsäkringarna* ska inträda krävs att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 3 månaderna innan hon/han 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 den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås. Höjning av försäkringsbeloppet i sjukförsäkringen kan göras under försäkringstiden med hälsodeklaration, om inte annat framgår av gruppavtalet.
- För att ansvaret för *diagnosförsäkringen* ska inträda gäller följande.
- Om *diagnosförsäkringen enligt gruppavtalet tecknats tillsammans med en annan försäkring i en produkt*, har diagnosförsäkringen samma hälsokrav som den försäkring som den tecknats tillsammans med. Annat kan avtalas och framgår då av gruppavtalet.
- Om *diagnosförsäkringen enligt gruppavtalet tecknats separat* gäller följande. För att ansvaret för diagnosförsäkringen ska inträda krävs att medlem/anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 3 månaderna innan hon/han inträdde i den försäkringsberättigade gruppen. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom tremånadersperioden och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar. Om inte hälsokraven uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.
- Vid *obligatorisk anslutning* gäller följande om inte annat har avtalats. Detta framgår då av gruppavtalet. För att ansvaret för diagnosförsäkringen ska inträda gäller att ny medlem/ny anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes, eller att hon/han senare varit fullt arbetsför under 30 dagar i en följd under försäkringstiden.
- Särskilda begränsningar gäller för rätt till ersättning vid automatisk och obligatorisk anslutning, samt då försäkrad anslutits till diagnosförsäkring mot intygande av full arbetsförhet. Begränsningarna framgår av kapitlet *Diagnosförsäkring*.
- För att Folksams ansvar ska inträda för *olycksfallsförsäkring och höjd ersättning vid invaliditet* för vuxna finns inga hälsokrav. (För Barn- och Gravidförsäkringen finns dock hälsokrav för höjd ersättning vid invaliditet se Under Höjning av försäkringsbelopp och hälsodeklaration i Produktvillkor Barn och gravidförsäkring.)

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

(Dessa kvalifikationsregler gäller inte för Sjukvårdsförsäkringen).

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

- För **livförsäkringens dödsfallskapital, efterlevandeskydd och familjeskydd** vid automatanslutning gäller att ny medlem/ny anställd ska ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna innan hon/han inträdde i förbundet/föreningen eller anställdes eller att hon/han senare varit fullt arbetsför under 30 dagar i följd under den erbjudna förskyddstiden. Om inte hälsokraven uppfylls ska den försäkrade avanmäla sig. Ansökan om försäkring med hälsodeklaration kan därefter göras när full arbetsförhet åter uppnås.
- För att Folksam ansvar för **förtidskapital samt sjukförsäkringen** ska inträda krävs att medlem/anställd under försäkringstiden och under en sammanhängande tid av 2 år varit fullt arbetsför. Här bortses från perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom tvåårsperioden och som inte överstiger 14 dagar i en följd. När medlem/anställd som är lönebidragsanställd uppfyllt ovanstående kvalifikationstid omfattas hon/han av förtidskapital och har rätt till ersättning från sjukförsäkringen efter det att villkoren för utbetalning av dessa produkter är uppfyllda. Det är endast arbetsoförmåga som inträffar efter det att medlem/anställd uppfyllt kvalifikationstiden som kan ge rätt till ersättning.

Lönebidragsanställd som är sjuk under längre tid än 14 dagar i en följd under kvalifikationstiden påbörjar ny beräkning av kvalifikationstiden när 14-dagarsperioden överskridits. Om lönebidragsanställd söker försäkring eller utökning av sin försäkring med hälsodeklaration gäller ovanstående kvalifikationsregler samt att hälsodeklarationen kan godkännas.

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

För att Folksam ansvar ska inträda för olycksfallsförsäkring och höjd ersättning vid invaliditet för vuxna finns inga hälsokrav. (För Barn- och Gravidförsäkringen finns dock hälsokrav för höjd ersättning vid invaliditet se Under Højning av försäkringsbelopp och hälsodeklaration i Produktvillkor Barn och gravidförsäkring.

Premie

Premien beräknas för 1 år i sänder. För liv- och sjukförsäkring, efterlevandeskydd samt familjeskydd och diagnosförsäkring räknas premien fram på grundval av gruppens ålderssammansättning, den för Folksam gällande premie-

tariffen samt skadeutvecklingen. Premien beräknas för hela livförsäkringen. Det innebär att premien inte sänks om någon del i försäkringens omfattning inte kan utnyttjas. För olycksfallsförsäkringen räknas premien på grundval av prisbasbeloppets eller den allmänna prisnivåns förändring samt skadeutvecklingen.

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

Förnyelsepremien betalas i förskott för varje betalningsperiod – om inte annat särskilt anges. Om premien inte betalas i tid, kommer Folksam att säga upp försäkringen, som upphör att gälla 14 dagar efter uppsägningstidpunkten. Har försäkringen upphört att gälla på grund av att förnyelsepremien inte betalats, kan den återupplivas genom att premien betalas inom 3 månader från den dag då försäkringen upphört. Premie ska betalas för hela den premieperiod för vilken premien varit obetald. Försäkringen blir då åter gällande från den första dagen i premieperioden. Återupplivning kan inte göras enbart för medförsäkrad. Vid ansökan om återinträde i livförsäkring, sjukförsäkring, förtidskapital, efterlevandeskydd, familjeskydd och diagnosförsäkring senare än 3 månader från förfallodagen krävs att ny ansökan med hälsodeklaration lämnas till Folksam. Försäkringen blir då gällande från och med den dag Folksam beviljar den. Gruppmedlemmen ska kontrollera att han/hon och eventuell medförsäkrad har gällande försäkring med rätt försäkringsomfattning och betalar rätt premie. Det åligger gruppmedlem att snarast anmäla till gruppförträdaren eller Folksam om gruppmedlem eller medförsäkrad inte längre kan omfattas av gruppförsäkringen eller om den försäkrade eller den medförsäkrade på grund av ålder inte längre kan omfattas av förtidskapital, familjeskydd, sjukförsäkring, diagnosförsäkring eller efterlevandeskydd. Gruppmedlemmen ska även anmäla när det yngsta barn som omfattas av barnförsäkring uppnått angiven slutålder. Det åligger gruppförträdaren att snarast anmäla till Folksam om försäkrad utträder ur den försäkringsberättigade gruppen. Anmäls inte ovanstående, betalas högst de senaste 12 månadernas premie tillbaka.

Premie för engångsbetald försäkring återbetalas inte.

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

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

Premier för försäkringarna betalas efter gruppmedlem-

mens ålder. Försäkringsersättningarna utbetalas efter den försäkrades ålder.

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

Patientskador

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeförsäkring och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning.

Patientskadeersättning för personskada på patient som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige är således en fråga för patientförsäkringen och ersätts inte enligt villkor för Sjukvårdsförsäkring.

Ångerrätt

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

Premiefrielse

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

Gruppmedlemmens möjligheter till premiefrielse.

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

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

Medförsäkrads möjligheter till premiefrielse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Premiefrielse vid arbetslöshet

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

För att omfattas av premiefrielse vid arbetslöshet ska den försäkrade

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

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

Bestämmelser under premiefrielseperioden

- Premiefrielsen upphör om medlemmen har arbetat längre tid än 6 månader i följd under premiefrielseperioden, eller av annan anledning inte uppburet arbetslöshetsersättning.
- Vid pension, avtalspension eller beslut av Försäkringskassan – med innebörd att man i avvaktan på pension varaktigt lämnar arbetsmarknaden – upphör rätten till premiefrielse.
- Den som är premiefriad är skyldig att anmäla till försäkringsgivaren om premiefrielseperioden upphör enligt ovan.
- Premiefrielsen gäller längst i 24 månader.
- Har medlem utöver livförsäkring tecknat fler försäkringar i samma avtal (också för eventuell medförsäkrad) och haft dessa i minst 12 månader före tidpunkten för premiefrielsen, omfattas även dessa försäkringar av premiefrielse.

Överlåtelse

Gruppförsäkring får inte överlåtas.

Återkrav

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

Sekretess

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

När försäkringen upphör att gälla

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

innan den försäkrade fyller 65, 70 eller 75 år beroende på vilken produkt som tecknats.

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

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

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

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

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

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

Efterskydd

Om den försäkrade har omfattats av en gruppförsäkring i minst 6 månader, gäller ett förlängt försäkringsskydd (efterskydd) i 3 månader efter utträdet ur gruppen.

Efterskyddet gäller dock inte

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

Gravidförsäkringen gäller under återstående försäkringstid.

Om en make är medförsäkrad och äktenskapet upplöses, upphör efterskyddet 3 månader efter äktenskapets upplösning. Efterskyddet för en medförsäkrad sambo upphör 3 månader efter det att samboförhållandet har upphört.

Om den försäkrade omfattas av efterskydd gäller följande:

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

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

I fråga om livförsäkringens barnskydd eller barngruppliv gäller dessutom följande. Försäkrad som utträder ur gruppavtal med barnskydd på grund av uppnådd slutålder – 65 år – och då har barn under 18 år, bibehåller ett oförändrat skydd tills barnet fyller 18 år. För avtal med barngruppliv gäller detta efterskydd till utgången av det kalenderår då barnet fyller 20 år. Efterskyddet gäller dock endast så länge föräldern lever. Det åligger föräldern att vid försäkringsfall styrka att grupplivförsäkringen upprätthölls till slutåldern.

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

Fortsättningsförsäkring

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

Gruppmedlem och medförsäkrad har rätt att teckna fortsättningsförsäkring

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

- om försäkringsbeloppet i gruppliv- eller gruppsjukförsäkringen

- sänks på grund av att gruppavtalet ändras.

- *Medförsäkrad har dessutom* rätt att teckna fortsättningsförsäkring

- om gruppmedlemmen avlider

- om äktenskapet eller samboförhållandet med gruppmedlemmen upplöses

- om gruppmedlemmen uppnår försäkringens slutålder före den medförsäkrade

eller

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

Rätten att teckna fortsättningsförsäkring gäller inte

- för gruppmedlem om premie för frivillig gruppförsäkring inte betalats i rätt tid

- om gruppmedlemmen själv valt att säga upp försäkringen för sig och/eller medförsäkrad, men kvarstår i den försäkringsberättigade gruppen

- om försäkringsbeloppet minskats eller annan försäkring av omfattningen gjorts på grund av gruppmedlemmens eller den medförsäkrades ålder

- vid förändring av innehållet i gruppförsäkringen

- om den försäkrade uppnått slutåldern i gruppförsäkringen.

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

För gravidförsäkringen och kompanjonförsäkring finns ingen rätt att teckna fortsättningsförsäkring.

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

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

Fortsättningsförsäkring som avser förtidskapital kan tecknas att gälla längst till utgången av den kalendermånad då den försäkrade fyller 62 år.

Fortsättningsförsäkring för sjukvårdsförsäkring Bas upphör vid utgången av den månad då den försäkrade fyller 65 år. Fortsättningsförsäkring för sjukvårdsförsäkring Plus upphör vid utgången av den månad då den försäkrade fyller 70 år. Fortsättningsförsäkring för sjukvårdsförsäkring Max upphör vid utgången av den månad då den försäkrade fyller 75 år.

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

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

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

Premien för fortsättningsförsäkring beräknas enligt särskild tariff.

För fortsättningsförsäkring gäller särskilda villkor.

Upplyningsplikt

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

Oriktig uppgift

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

Folksams Seniorförsäkring

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

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

För att ett oavbrutet försäkringsskydd ska gälla ska ansökan om Seniorförsäkring och tillvals-försäkring göras innan gruppmedlemmen utträtt ur grupp-försäkringen. Ansökan om Seniorförsäkring samt tillval kan dock göras senast inom 3 månader från utträdet ur grupp-försäkringen. För Seniorförsäkringen gäller särskilda villkor.

Åtgärder för utbetalning

Dödsfall, sjukdom, diagnos eller olycksfall, som kan ge rätt till ersättning, ska snarast möjligt anmälas till Folksam. Blanketter kan beställas från grupp-företrädaren på folksam.se.

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

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

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

För diagnosförsäkring gäller dessutom följande

- Den som begär utbetalning av *diagnosförsäkring* ska bifoga journalkopia och läkarintyg som styrker diagnosen som försäkringen ersätter.
- Den som begär utbetalning av *begravningshjälp* från diagnosförsäkringen ska bifoga journalkopia och läkarintyg som styrker diagnosen som försäkringen ersätter samt dödsfallsintyg.
- Diagnosen ska vara ställd/verifierad av läkare verksam i Sverige. Folksam har rätt att få ett andra utlåtande från en läkare utsedd av Folksam. Om diagnosförsäkring med utbetalning till arbetsgivaren också ingår i avtalet gäller följande. När begäran om utbetalning av diagnosförsäkring från den försäkrade beviljats utbetalas även ersättning till den juridiska person som tecknat avtalet.

Preskription

Rätten till försäkringsersättning eller annat försäkringskydd 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.

Tidpunkt för utbetalning och räntebestämmelser

När rätt till ersättning uppkommit och den som begär utbetalning

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

ska utbetalning ske senast 1 månad därefter. Sker utbetalning senare, betalas dröjsmålsränta enligt räntelagen. Härutöver ansvarar Folksam inte för förlust som kan uppstå om utredning rörande försäkringsfall eller utbetalning fördröjs.

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

Oavsett om dröjsmål föreligger, betalar Folksam ränta på dödsfallskapital, förtidskapital, diagnosförsäkring och ersättning från livförsäkringens barngruppliv eller barnskydd som har förfallit till betalning men kvarstår i Folksamns förvaltning. Ränta betalas för tid efter en månad efter det att försäkringsbeloppet förfallit till betalning men kvarstår i Folksamns förvaltning. Den räntefot som tillämpas är referensräntan minskad med 2 procentenheter och i förekommande fall minskad med den på det förräntade beloppet belöpande avkastningsskatt Folksam har att erlägga. Räntan avräknas i förekommande fall från dröjsmålsränta.

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

Juridiskt ombud

Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

Skaderegistrering

Vi använder oss också 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. Ändamålet med GSR är att tillhandahålla ett underlag till försäkringsföretag för att identifiera oklara försäkringsfall. Därigenom kan företagen motverka utbetalning av ersättningar som baseras på oriktiga uppgifter. 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.

Skydd av personuppgifter

Vi 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 oss, behöver vi hantera dina personuppgifter för att kunna administrera försäkringsförhållandet, hantera anmälda skador, beräkna försäkringspremier eller för att tillhandahålla relevant information och marknadsföring till dig. De uppgifter vi behandlar kan vara ditt namn och adress, hälsoinformation, om det finns medförsäkrad, uppgifter om försäkringsfall och annan relevant information. Merparten av personuppgifterna samlas in från dig men vi kan även samla in uppgifter från en tredje part eller från offentliga källor. Personuppgifterna behandlas huvudsakligen för att vi ska kunna fullgöra våra åtaganden enligt försäkringsavtalet. Vi kan även behöva hantera uppgifterna för att fullgöra en rättslig förpliktelse, för att fastställa, göra gällande eller försvara ett rättsligt anspråk eller när vi har ett berättigat intresse av att hantera dina uppgifter.

Kontaktuppgifter till det Folksambolag som är ansvarig för hanteringen av dina personuppgifter finner du i ditt försäkringsbesked. Du kan från och med 25 maj 2018 även kontakta Folksamns dataskyddsbud på dataskyddsbud@folksam.se.

Vi kommer att spara dina personuppgifter så länge vi behöver dem för att uppfylla det ändamål för vilka de samlats in. Därefter raderar vi uppgifterna.

Dina personuppgifter hanteras med sekretess enligt våra etiska regler. Dina adressuppgifter och grundläggande uppgifter om ditt avtal hanteras i ett för Folksam bolagen gemensamt kundregister för bland annat automatiskt adressuppdatering och samordning av bolagens information och marknadsföring till dig. Vi kan även behöva lämna ut vissa personuppgifter till återförsäkringsbolag. Om uppgifterna överförs till ett land utanför EU, säkerställer vi att sådan överföring är laglig, exempelvis genom att använda de standardiserade modellklausuler för dataöverföring som antagits av EU-kommissionen och som finns tillgängliga på EU-kommissionens webbplats.

Du har rätt att få information om vilka uppgifter som vi behandlar om dig, att få felaktiga uppgifter rättade, att begära att vi begränsar vår behandling och att dina uppgifter överförs till annan part samt invända mot den behandling vi utför. Du har även rätt att inge klagomål till ansvarig tillsynsmyndighet.

Läs mer om vår hantering av personuppgifter och dina rättigheter på folksam.se/personuppgifter

3 Allmänna begränsningar

i gruppförsäkringarnas giltighet

För sjukvårdsförsäkringen gäller särskilda begränsningar. Se ”Vad sjukvårdsförsäkring Bas – Plus – Max inte gäller för”, kapitel 13.4.

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

Allmänt

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

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

Inom Norden

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

Utanför Norden

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

Vid vistelse utanför Norden som varat längre tid än 12 månader gäller inte

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

Utanför Norden med anledning av utlandstjänst

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

- i utlandstjänst hos svenska staten, ett svenskt företag eller en svensk ideell förening

- i tjänst hos ett utländskt företag som är moder-, dotter eller systerbolag till ett svenskt företag
- i tjänst hos en sammanslutning av stater där Sverige är medlem, gäller dock försäkringarna för arbetsoförmåga eller olycksfall som den försäkrade drabbas av utom Norden, även om vistelsen varat längre tid än 12 månader. När vistelsen varat längre tid än 12 månader ger dock olycksfallsförsäkringen och barnförsäkringen inte längre rätt till ersättning för kostnader på grund av försäkringsfall som inträffar därefter.

Vistelsens varaktighet

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

Vid krigstillstånd i Sverige

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

Livförsäkringens dödsfallskapital, efterlevandeskydd och familjeskydd

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

Förtidskapital, förtidsutbetalning, barnskydd, sjukförsäkring och diagnosförsäkring

Försäkringarna gäller inte för arbetsoförmåga – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnos – som drabbar den försäkrade medan krigstillstånd råder i Sverige om arbetsoförmågan – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnosen – kan anses vara beroende av krigstillståndet. Samma regel gäller om den försäkrade drabbas av arbetsoförmåga eller diagnos inom 1 år efter krigstillståndets upphörande.

Olycksfallsförsäkring, barnförsäkring och gravidförsäkring

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

Vid deltagande i politiska oroligheter eller krig utanför Sverige

Deltagande i av EU upprättade Nordic Battlegroup och deltagande i Isafs uppdrag i Afghanistan räknas som deltagande i krig eller politiska oroligheter. Detsamma

gäller vid deltagande i därmed jämförlig trupp som utsänts med syfte att delta i krig eller politiska oroligheter.

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

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

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

Olycksfallsförsäkring samt barnförsäkring

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

Vid vistelse utanför Sverige vid krig eller krigsliknande politiska oroligheter

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

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

Om försäkringen tecknades senare än 3 månader före utresan till eller under vistelsen i området och kriget eller oroligheterna redan då pågick eller uppenbar krigsfara förelåg, gäller försäkringen inte för dödsfall, arbetsoförmåga, sjukdom eller olycksfall – eller vad gäller diagnosförsäkring, diagnos – som inträffar under vistelsen i området eller inom 1 år efter vistelsens slut och som kan anses bero på kriget eller oroligheterna.

Skador orsakade av atomkärnreaktion samt biologiska, kemiska och nukleära substanser

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

Försäkringarna gäller inte heller för försäkringsfall genom spridande av biologiska, kemiska eller nukleära

substanser i samband med terrorhandling. Med terrorhandling avses en skadebringande handling som är straffbelagd där den begås eller där försäkringsfallet inträffar och som framstår att vara utförd i syfte att

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

Force majeure

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

Brottslig handling m m

Olycksfallsförsäkring samt barnförsäkring

Försäkringarna gäller inte för olycksfallsskada som inträffar då den försäkrade

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

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

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

Vid flygning

Försäkringarna gäller inte vid olycksfallsskada som 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.

4 Vi vill att du ska vara nöjd

Det är viktigt att det finns en väl fungerande klagomåls- hantering 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.

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 patientförsäkring.

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, medicinska bedömningar eller vållandefrågor vid trafikolyckor. 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 partsammansatt 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.

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.

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
Utbetalning av diagnosförsäkring till arbetsgivaren	R1.a
Diagnosförsäkring Senior	R2.s

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

Diagnosförsäkring gäller dock längst till och med utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år. 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 Folksam 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 3 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:

1 Cancer

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

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:

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

2 Hjärtinfarkt

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

3 Stroke, med kvarstående hjärnskada

Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident som ger orsak till neurologiskt bortfall som påvisas objektivt och som kvarstår i minst 28 dagar. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar trombos, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

Transienta Ischemiska Attacker (TIA) och Reversibla Ischemiska Neurologiska Deficit (RIND) omfattas inte av försäkringen.

4 Motorneuronsyndrom

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)

Entydig diagnos av specialistläkare i neurologi efter mer än en episod av neurologisk påverkan som uppvisat väldefinierad neurologisk sjukdom och bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

6 Parkinsons sjukdom

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

7 Kvarstående men av hjärnhinneinflammation (meningit)

Påverkan på hjärnan, hjärnhinnor eller nerver efter infektion 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 6 månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

8 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.

9 Kvarstående men av TBE

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

10 Operation av hjärtats kranskärl

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

11 Operation av förträngning eller aneurysm i aorta

Kirurgiskt ersättande av aorta eller ett segment (del) av aorta.

12 Operation av hjärtklaff

Operation av en eller flera hjärtklaffar genom öppen hjärtkirurgi.

13 Upphörande av njurfunktion

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

14 Organtransplantation

Dag för transplantation av hjärta, lever, lungor, bukspottkörtel, njure eller benmärg. Organdonator omfattas inte av försäkringen. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

15 HIV/AIDS från blodtransfusion eller behandling

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

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

16 Dövhet

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

17 Förlust av arm eller ben

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

18 Blindhet

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 eller båda armarna eller benen på grund av förlamning.

9.2 Omfattning 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 Omfattning 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 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut och kan fritt disponeras av den försäkrade och/eller dennes make/sambo och/eller barn.

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam.

9.4 Omfattning utbetalning av diagnosförsäkring till arbetsgivaren (R1.a)

Om det ingår i gruppavtalet, kan ett försäkringsbelopp utbetalas även till arbetsgivaren. Storleken av detta belopp framgår av gruppavtal och försäkringsbesked. Försäkringsbeloppet utbetalas om den försäkrade lever 30 dagar efter den diagnos som finns angiven i försäkringsvillkoren. Avlider den försäkrade inom de 30 dagarna, eller om den försäkrade inte har uppfyllt kraven som anges under "Åtgärder för utbetalning", kapitel 2, utbetalas inte någon diagnosförsäkring till arbetsgivaren. 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 att den försäkrade har en period av 90 dagars full arbetsförhet för att ytterligare försäkringsbelopp ska kunna utbetalas. Diagnosförsäkring kan utbetalas maximalt vid 3 tillfällen och då endast för olika diagnoser.

9.5 Rätt till ersättning – utbetalning av diagnosförsäkring till arbetsgivaren

Försäkringsbeloppet utbetalas om den försäkrade lever 30 dagar efter den diagnos som finns angiven i försäkringsvillkoren.

Avlider den försäkrade inom de 30 dagarna, eller om den försäkrade inte har uppfyllt kraven som anges under "Åtgärder för utbetalning", kapitel 2, utbetalas inte någon diagnosförsäkring till arbetsgivaren. 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 att den försäkrade har en period av 90 dagars full arbetsförhet för att ytterligare försäkringsbelopp ska kunna utbetalas. Diagnosförsäkring kan utbetalas maximalt vid 3 tillfällen och då endast för olika diagnoser.

9.6 Premiefrielse

Även om gruppavtalet i övrigt omfattar premiefrielse, 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 premiefrielse.

9.7 Diagnosförsäkring – Senior

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

10 Produktvillkor Olycksfallsförsäkring

10.1 Giltighet

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

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

- överansträngning eller ensidig rörelse (förslitningskada)
- 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 kroppsfel medför. Med kroppsfel avses sjukdom, sjuklig förändring, lyte och men.

För förlorad arbetsinkomst lämnas ingen ersättning. Försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

10.2 Omfattning

Olycksfallsförsäkring – fritid (OF)

Denna försäkring gäller vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden. Försäkringen gäller under fritiden.

Med fritid avses tid som inte omfattas av lag om arbetsskadeförsäkring, motsvarande författning eller av Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA).

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
Olycksfallskapital	O2.b2
Omkostnadskapital	O2.b3
Schablonersättning vid olycksfall i arbete	O2.b4
Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men	O2.c1
Ersättning vid dödsfall	O2.d1
Ersättning vid dödsfall	O2.d2
Ersättning vid dödsfall	O2.d3
Ersättning vid invaliditet	O3.1
Medicinsk invaliditet	O3.a1
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

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 5 år från skadetillfället. Ersättning lämnas inte sedan definitiv medicinsk invaliditetsersättning utbetalats.
- 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 8 procent av prisbasbeloppet för faktiska kostnader som uppkommit utanför Sverige.

10.4 Rätt till ersättning – Läkekostnader (O1.a1)

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

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

Akutersättning (O1.b2)

a) Ersättning under de 12 första månaderna från skadetillfället

Ersättningen är avsedd att till viss del täcka kostnader för vård (exempelvis läkarvård, läkemedel, behandling, hjälpmedel samt resor till och från vård och behandling).

Vid olycksfallsskada som under de första 12 månaderna efter skadetillfället kräver läkarvård, lämnas för en och samma olycksfallsskada schablonersättning med sammanlagt högst 8 procent av prisbasbeloppet enligt följande regler:

1. Engångsersättning lämnas med 2 procent av prisbasbeloppet om olycksfallsskadan medfört vård hos legitimerad läkare.
2. Utöver ersättning enligt punkt 1 ovan kan ersättning lämnas med ytterligare 3 procent av prisbasbeloppet om olycksfallsskadan leder till sjukskrivning/arbetsoförmåga i minst 8 dagar i en följd.
3. Utöver ersättningarna enligt punkterna 1 och 2 ovan kan ersättning också lämnas med ytterligare 3 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 8 procent av prisbasbeloppet kan, inom ramen för dessa 8 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 12 månader från skadetillfället

Vid olycksfallsskada som efter 12 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 färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Ersättning lämnas med sammanlagt högst 8 procent av prisbasbeloppet per år, räknat från skadetillfället, för kostnader enligt ovan som uppkommer inom 5 år från skadetillfället.

c) Ersättning vid sjukhusvård och för övriga resor

Utöver ersättningarna under punkterna a) och b) som är begränsade till 8 procent av prisbasbeloppet per år, kan ersättning även lämnas för följande kostnader som uppkommer inom 5 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 färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

d) Ersättning vid olycksfall utanför Sverige

Vid olycksfall som inträffar utanför Sverige lämnas ersättning med upp till 8 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 5 år från skadetillfället ersätts då med högst 8 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 färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

Ersättning lämnas sammanlagt med högst 8 procent av prisbasbeloppet per år, räknat från skadetillfället, för kostnader enligt ovan som uppkommer inom 5 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 5 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 skadans 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 färdstätt som hälsotillståndet medger. Behovet måste styrkas av legitimerad läkare. För resa med privatbil som kostnadsfritt lånats, tjänstebil, förmånsbil etc. där kostnad ej uppkommit lämnas ingen ersättning.

Merkostnader (O1.m1)

Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av läkare, lämnas ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler för nödvändiga och oundvikliga kostnader

som olycksfallsskadan medfört under den akuta sjukdomstiden.

Ersättning kan också lämnas för kläder samt andra normalt burna personliga tillhörigheter (glasögon, armbandsur, slät vigselring) som skadats vid olycksfallet. Ersättning lämnas högst med det belopp som är angivet i försäkringsbeskedet.

Är försäkringsbeloppet angivet i prisbasbelopp, avses det prisbasbelopp som gällde när olycksfallet inträffade.

Ersättning lämnas inte för sådana kostnader som anges under 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 7 dagar i följd inom 6 månader från olycksfallet, gäller följande för sjukhusvistelsen.

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

Sjukhusvistelse (O1.s2)

Om en olycksfallsskada eller en sjukdom som inträffat respektive visat sig under försäkringstiden medför att den försäkrade blir inskriven vid sjukhus för sjukhusvård inom Norden i sammanlagt minst 7 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 100 kronor 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, 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 6 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, sambo, barn, förälder samt syskon.

Försäkringen gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson.

Försäkringen ersätter inte behandling senare än 5 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.

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.

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 till 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 4 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/

arbetsjukdom 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/arbetsjukdom, 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 5 år från skadedagen.

Kostnaderna ska på förhand godkännas av Folksam.

För varje skadefall lämnas ersättning med sammanlagt högst 2 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. För 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 5 år från skadetillfället. För försäkrad som fyllt 65 år vid skadetillfället lämnas ingen ersättning.

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 6 procent av prisbasbeloppet per månad. Ersättning lämnas för arbetsoförmåga som uppkommer inom 5 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 arbetsförmögen enligt nedan. Ersättning utbetalas vid sjukskrivning längst i 24 månader. Särskild ersättning lämnas med ett engångsbelopp på 500 kronor om den försäkrade inom 3 dygn från olycksfallet blivit inskriven på sjukhus för sjukhusvård inom Norden. Ersättning lämnas för arbetsförmåga som uppkommer inom 3 år från skadetillfället. Högst 44 200 kronor kan utbetalas från omkostnadskapitalet.

A. Ersättning vid sjukskrivning som varar minst 8 dagar

Om den försäkrade blir arbetsförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i minst 8 dagar i en följd lämnas ersättning med ett engångsbelopp på 2 000 kronor.

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

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

B. Ersättning vid sjukskrivning 9 – 30 dagar

Om den försäkrade blir arbetsförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i minst 9 dagar i en följd lämnas ersättning med högst 100 kronor per dag från dag 9.

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

C. Ersättning vid sjukskrivning som varar mer än 30 dagar

Om den försäkrade blir arbetsförmögen till minst 50 procent och blir sjukskriven i 2 månader eller mer lämnas ersättning för tiden från och med månad 2. Vid hel arbetsförmåga utbetalas 2 500 kronor för varje hel 30-dagars period. Vid partiell arbetsförmåga lämnas ersättning med så stor del som motsvarar arbetsförmågan. Ersättning utbetalas längst till och med månad 12 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 11 stycken 30-dagars perioder utbetalats. Överskjuta

tande sjukskrivningsperiod ersätts om villkoren under punkten D uppfylls.

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

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

Har ersättning tidigare lämnats enligt denna punkt och den försäkrade blir helt arbetsförmögen och åter blir sjukskriven ska ersättning lämnas för kvarvarande 30-dagars perioder enligt denna punkt tills totalt 12 stycken 30-dagars perioder utbetalats. Överskjutande sjukskrivningsperiod/-er ersätts inte.

Gemensamt för punkt C och D

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

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

- Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan ger rätt till motsvarande ersättning från annat håll enligt lag, till exempel trafikskadelagen och lagen om arbetsskadeförsäkring, enligt annan författning eller från annan försäkring.
- Arbetsförmågan 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.

Schablonersättning – vid olycksfall i arbete (O2.b4)

Schablonersättning betalas ut till gruppledare som är sjukskriven till minst hälften på grund av ett olycksfall i arbetet. Ersättningen lämnas om sjukskrivningstiden inte överstiger 14 dagar och då arbetsskadeförsäkring, motsvarande författning eller Trygghetsförsäkring – Arbetsskada (TFA) inte lämnat ersättning. Schablonersättningen lämnas

med 250 kr per dag vid hel sjukskrivning, i längst 14 dagar. Ersättningen utbetalas med så stor del av ersättningsbeloppet som motsvarar nedsättningen av arbetsförmågan.

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 olycksfallsskadan medfört vanprydande ärr, kosmetiska defekter eller förlust av tänder.

Ersättning betalas ut när den medicinska invaliditetsgraden är definitivt fastställd. Vänteersättning 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 2 år efter det skadan inträffade – fram till utbetalningsdagen.

Ersättning vid dödsfall (O2.d1)

Om den försäkrade avlider på grund av olycksfallsskada inom 3 år från olycksfallet, 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 olycksfallsskadan, utbetalas försäkringsbeloppet som begravningshjälp till den försäkrades dödsbo.

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

Ersättning vid dödsfall (O2.d3)

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)

Med medicinsk invaliditet menas ett tillstånd där det efter den akuta sjuktiden finns sådan bestående nedsättning av kroppsfunktionen som fastställs oberoende av den försäk-

rades 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 2 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 gruppavtalet anger försäkringsbeloppet i antal prisbasbelopp, så avses det prisbasbelopp som gäller när ersättningen betalas ut.

Ersättning betalas ut med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot invaliditetsgraden. Vid minst 50-procentig invaliditet fördubblas hela eller delar av ersättningen om gruppavtalet anger att en sådan fördubbling ska ske.

Vanprydande ärr

Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av legitimerad läkare, kan ersättning även lämnas om olycksfallsskadan medfört vanprydande ärr, som kvarstår 2 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 2 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 2 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 provas om olycksfallsskadan som en direkt följd dels medfört en medicinsk invaliditetsgrad på minst 8 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 Folksamns bedömning utbetalas invaliditetsersättning. En förutsättning härför är dock att olycksfallsskadan inom 5 år från skadedagen medfört sådan förlust av arbetsförmågan.

Ersättning lämnas inte om olycksfallsskadan omfattas av trafikskadelagen.

Bestämningen av invaliditetsgraden sker med ledning av den förlust av arbetsförmågan som olycksfallsskadan medfört. Olycksfallsskadan ska dessutom innan den ekonomiska invaliditeten har inträtt och inom 3 år från skadedagen ha medfört medicinsk invaliditet.

Om 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 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 1 år från skadetillfället.

Omprövning

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

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att den försäkrades kroppsfunction väsentligt försämrats 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 10 år från det olycksfallet inträffade till försäkringsbolaget skriftligen anmäler sitt önskemål om omprövning och samtidigt lämnar uppgift om de omständigheter som enligt ovan kan medföra rätt till omprövning.

Ersättning vid invaliditet (O3.2)

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

Medicinsk invaliditet (O3.a2)

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

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

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

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillståndet inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast 2 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.

Vanprydande ärr

Leder olycksfallsskadan till att den försäkrade måste behandlas av legitimerad läkare, kan ersättning även lämnas om olycksfallsskadan medfört vanprydande ärr, som kvarstår 2 år efter ärrrets 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 2 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 2 år från skadetillfället.

Ekonomisk invaliditet (O3.b2)

Ekonomisk invaliditet är den bestående nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga till följd av olycksfallsska-

dan. 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 8 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 2 år från skadetillfället.

Omprövning

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

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

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

Omprövning medges om den försäkrade senast inom 10 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 inköpstillfallet. 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 kropps-funktion. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas.

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

En förutsättning för rätt till ersättning är att olycksfallsskadan inom 3 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 12 månader från skadetillfället.

Möjlighet till omprövning av ersättningen om invaliditeten ökar

Om olycksfallsskadan medför att den försäkrades kropps-funktion väsentligt försämras efter det att slutreglering skett, har den försäkrade rätt att återkomma och få invaliditetsgraden omprövad. Omprövning medges dock inte om mer än 10 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 kropps-funktionen som fastställs oberoende av den försäkrades yrke och arbetsförhållanden eller fritidsintressen. Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kropps-funktionen ska vara en direkt följd av någon av de sjukdomar som omfattas av försäkringen. Den medicinska invaliditetsgraden bestäms med ledning av en av försäkringsbranschen gemensamt fastställd tabell.

Rätt till ersättning

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

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

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

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

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

Försäkringsbeloppet för medicinsk invaliditet framgår av försäkringsbeskedet.

Försämring avseende medicinsk invaliditet som inträffar tio år eller senare efter försäkringsfallet kan aldrig ge rätt till ytterligare medicinsk invaliditetsersättning. Om den försäkrade när sjukdomen blev aktuell fyllt 46 år reduceras försäkringsbeloppet med 2,5 procentenheter för varje år som åldern överstiger 45 år. Annan avtrappning kan förekomma och framgår då av försäkringsbeskedet.

Den totala invaliditetsgraden kan uppgå till högst 100 procent.

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

Sjukdomar som ersätts

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

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

- Diabetes mellitus typ 1
- Förlust av lunga
- Multipel Skleros (MS)

Begränsningar

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

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

För ersättning vid diagnos orsakad av sjukdom måste diagnosen vara fastställd efter att försäkringsmomentet har varit gällande minst 365 kalenderdagar i en följd. Ersättning utbetalas inte för symtom eller besvär som kan hänföras till grunden för ersättningskravet om symtomen debuterat eller besvär förekommit före försäkringsmomentets ikraftträdande, även om sjukdom, diagnos eller orsak först kan fastställas sedan försäkringsmomentet trätt i kraft.

Förskott

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

Vid dödsfall

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

Omprövning av medicinsk invaliditet vid sjukdom

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

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

11 Produktvillkor Barn- och Gravidförsäkring (BOS-G)

Sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom samt gravidförsäkring.

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

11.1 Giltighet – barnförsäkring

Barnförsäkring kan endast tecknas av gruppmedlem och gäller för gruppmedlemmens barn samt fosterbarn (se Begreppsförklaringar). Gruppmedlems makes/sambos barn (även fosterbarn) 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 1 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 invaliditet och hälodeklaration

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

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 helt avsliten hälsena betraktas också som olycksfallsskada även om kriterierna som kännetecknar ett olycksfall (se ovan) inte är uppfyllda. Infektion på grund av insektsstick eller liknande kan ersättas som olycksfallsskada.

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

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

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

Vad menas med sjukdom?

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

Tidigare skada/sjukdom

Finns redan ett 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 ifrågasvarande sjukdom eller symtom på sjukdom, oavsett om rätt diagnos då kunde fastställas.

Utöver detta gäller följande begränsningar:

- a) För att få ersättning för sjukhusvistelse vid sjukdom gäller att behovet av sjukvård första gången ska ha uppkommit efter att barnet har fyllt 1 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 6 månader och
 - sjukdomen eller symtomen enligt ovan ska första gången ha visat sig efter det att barnet fyllt 2 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 6 månader.

Begränsningar vid vissa diagnoser (Bmb)

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

Om nedanstående begränsningar gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

Begränsningarna avser psykiska sjukdomar och beteendestörningar som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99 till exempel ADHD, DAMP, Aspergers syndrom, autism, schizofreni, 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 följd av dessa sjukdomar – både direkta och indirekta – gäller att ersättning enbart lämnas om grundsjukdomen visade sig under tid då sjukdomen berättigade till ersättning.

Beräkning av ersättning

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

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

11.2 Omfattning – barnförsäkring

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

Ersättning för kostnader	B1
Läke- och resekostnader	B1.2
Läkekostnader	B1.a2
Resekostnader	B1.d2
Tandskadekostnader	B1.c2
Skadade kläder och glasögon	B1.m2
Sjukhusvistelse	B1.s2
Rehabiliteringshjälpmedel	B1.r3
Krisförsäkring	B1.k1
Diagnosförsäkring	BR
Vanprydande ärr	B2.e2
Ersättning vid dödsfall	B2.d2
Ersättning vid invaliditet	B3.2
Årlig kostnadsersättning	B1.e2
Medicinsk invaliditet	B3.a2
Ekonomisk invaliditet	B3.b2
Höjt försäkringsbelopp vid invaliditet	BT

11.3 Rätt till ersättning – barnförsäkring

Ersättning för kostnader (B1)

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

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

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

Vid sjuk- och olycksfallsskada i utlandet är ersättningen begränsad till 8% 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 5 år från det att olycksfallet inträffade.

Vid *sjukdom* ska kostnaderna ha uppkommit inom 3 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 3 procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader (B1.a2)

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

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

Medför olycksfallsskadan/sjukdomen behov av sjukhusvård under akut sjuktid och/eller på rehabiliteringsklinik, lämnas ersättning från försäkringen för den del av kostnaden som inte motsvarar inbesparade 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 färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Resekostnader till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för resor i samband med vård som anges i Socialförsäkringsbalken.

Tandskadekostnader (B1.c2)

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 färd sätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom 5 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 5 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 1 år eller efter att barnet fyllt 6 månader om Gravid Plus tecknats.

För att uppnå de 3 dagarna enligt föregående stycke, kan dagar för vistelse på sjukhus under en sammanhängande period på högst 3 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 3 år från första vistelse-dagen, 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 rehabiliteringshjälpmedel. Ersättning lämnas för kostnader som uppkommit innan definitiv invaliditetsgrad har fastställts och innan barnet fyllt 25 år.

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

Krisförsäkring (B1.k1)

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

- ersättningsbar olycksfallsskada
- nära anhörigs (förälder, syskon, mor-/farförälder, make, sambo, den försäkrades barn) död, även missfall
- allvarliga relationsproblem
- svår sjukdom
- överfall, hot eller rån som polisanmälts
- våldtäkt eller andra sexualbrott
- våld i familjen
- myndigs ofrivilliga arbetslöshet som varat 6 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 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, sambo samt barn.

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

Behandlingen ska i förväg vara godkänd av Folksam. Försäkringen ersätter inte behandling som görs mer än 5 år efter händelsen.

Diagnosförsäkring – Barn (BR)

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

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

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

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

För att få rätt till ersättning ska sjukdom eller 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 6 månader

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

1. Cancer

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

Följande tillstånd omfattas inte av försäkringsskyddet:

- förstadium till cancer (icke invasiv cancer in situ).
- 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 6 månader räknat från datum då diagnos ställts anses utgöra kvarstående men. Patienten ska ha varit inlagd på sjukhus.

3. Kvarstående men av TBE

Kvarstående men som objektivt kan påvisas efter TBE (fästingburen hjärninflammation). Diagnosen ska vara ställd efter att man påvisat TBE-specifika antikroppar i ryggmärgsvätska och/eller i blodet. Men som kvarstår efter 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 från blodtransfusion eller behandling

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

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

C. Sjukvårdsinrättningen där blodtransfusionen eller behandlingen genomförts påtar sig ansvaret.

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

8. Dövhhet

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

9. Förlust av arm eller ben

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

10. Blindhet

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

11. Förlorad talförmåga

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

12. Förlamning

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

13. Multipel skleros

Entydig diagnos av specialläkare i neurologi efter mer än en episod av neurologisk påverkan som uppvisat väldefinerad neurologisk sjukdom och bekräftad av undersökningsmetoder aktuella vid tidpunkten för anspråket.

14. Stroke, med kvarstående hjärnskada

Cerebrovasculär (blodpropp eller blödning) incident som ger orsak till neurologiskt bortfall som påvisas objektivt och som kvarstår i minst 28 dagar. Benämningen cerebrovasculär incident omfattar trombos, embolier och blodkärlsbristningar i hjärnan.

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

Vanprydande ärr (B2.e2)

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

- leder till att barnet måste behandlas av legitimerad läkare och
- medför vanprydande ärr eller kosmetisk defekt som kvarstår 1 år efter det att äret/defekten uppkom

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

ten 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 6 månader samt att barnet är minst 6 månader gammalt när dödsfallet inträffar.

Ersättning vid invaliditet (B3.2)

För momenten *Årlig kostnadsersättning, Medicinsk och Ekonomisk invaliditet samt 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 kapitel 10). Om dessa undantag gäller i gruppavtalet framgår det av försäkringsbeskedet.

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

- sjukdom eller påvisat symtom på sjukdom första gången ha visat sig under försäkringstiden och efter det att försäkringen för det försäkrade barnet varit i kraft i minst 6 månader och
- sjukdomen eller symtomen enligt ovan första gången ha visat sig efter det att barnet fyllt 2 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 kapitel 10).

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

medicinsk eller ekonomisk invaliditet fastställts, dock längst i 3 år.

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

Ersättning utbetalas tidigast 1 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.

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 kapitel 10).

Rätt till ersättning föreligger när invaliditetstillstånd inträtt och den framtida medicinska invaliditeten fastställts, dock tidigast 1 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 kapitel 10).

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 aktivitetsersätt-

ning/tidsbegränsad sjukersättning i minst 7 år i en följd och före 32 års ålder,

- alla möjligheter till medicinsk och yrkesmässig rehabilitering är uttömda och
- Folksam bedömer arbetsförmågan vara för framtiden bestående.

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

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

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

Under förutsättning att nedsättningen av arbetsförmågan enbart beror på ersättningsbar olycksfallsskada eller sjukdom, lämnas ersättning med så stor del av försäkringsbeloppet som svarar mot graden av arbetsförmåga.

Försäkringsbeloppet för ekonomisk invaliditet framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

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

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

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

Omprövning

Omprövning av ersättning för ekonomisk invaliditet kan ske om olycksfallsskadan/sjukdomen medför att nivån på sjukersättningen/aktivitetsersättningen höjs efter det att ersättningen för ekonomisk invaliditet bestämts och

betalats ut. Förutsättningen är att höjning av nivån på sjukersättningen/ aktivitetsersättningen ska beviljas innan barnet fyller 32 år.

Vid dödsfall

Vid dödsfall innan ärendet slutreglerats utbetalas till dödsboet det belopp som svarar mot den säkerställda medicinska invaliditet som förelåg före dödsfallet. Vid dödsfall utbetalas inte någon ersättning för ekonomisk invaliditet. Ersättning lämnas inte om dödsfallet inträffar inom 1 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 kapitel 10).

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

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

11.4 Giltighet – Gravidförsäkring bas eller plus

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 10 för mamman och pappan/partnern samt det ofödda barnets syskon och från och med graviditetsvecka 23 för det ofödda barnet. 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 eller sambo), som i villkoren jämföras med pappa. Krisförsäkringen gäller för hela familjen.

Gravidförsäkringen upphör att gälla för alla försäkrade senast vid barnets 6-månadersdag. 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 1 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 1 år och försäkringsfallet ska ha inträffat under försäkringstiden. All ersättning utbetalas till barnets vårdnadshavare utom medicinsk invaliditet som utbetalas till det försäkrade barnet.

Omfattning och försäkringsbelopp framgår av försäkringsbeskedet.

Vad menas med normal graviditet?

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

11.5 Omfattning Gravidförsäkringen

Följande delar kan ingå.

Vilka moment som ingår framgår av försäkringsbeskedet:

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

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

11.6 Rätt till ersättning – Gravidförsäkringen

Ersättning för kostnader (G1)

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

Läke- och resekostnader för barnet (G1.2) – Plus

Ersättning lämnas vid sjukdom och olycksfallsskada för kostnader för nödvändig sjukvård, läkemedel, behandling. Kostnader för hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för skadans läkning eller som rehabiliteringshjälpmedel ersätts upp till 0,5 prisbasbelopp. För kostnader för nödvändiga resor till och från vård och behandling lämnas ersättning vid sjukdom och olycksfallsskada.

Kostnaderna ska kunna styrkas med originalkvitton.

Vid sjukdom ska kostnaderna ha uppkommit inom 3 år från det att sjukdomen visade sig.

Vid olycksfallsskada ska kostnaderna ha uppkommit inom 5 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 3 procent av prisbasbeloppet.

Läkekostnader för barnet (G1.a2) – Plus

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

Ersättning lämnas också för behandlingarkostnader för vård hos legitimerad 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 olycksfallsskada/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 färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas. Resekostnader till och från vård och behandling ersätts med högst den egenavgift för resor i samband med vård som anges i Socialförsäkringsbalken.

Tandskadekostnader för barnet (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 färdstätt med hänsyn till hälsotillståndet ska användas.

För att kostnaderna ska kunna ersättas måste de ha uppkommit inom 5 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 5 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 5 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 1 år.

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

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

- det väntade barnet avlider under försäkringstiden
- mamma, pappa eller partner avlider under försäkringstiden
- barnet/fostret är handikappat
- mamman får förlossningspsykos och till följd härav behöver akut krishjälp, ersätter försäkringen för varje skadehändelse skäligen kostnad för högst 10 behandlingstillfällen hos psykolog/psykoterapeut.

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, 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 diagnostiseras 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 (ryggmärgsbräck)

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

4. Medfödda missbildningar av hjärtats kamrar och förbindelser

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q20.

5. Medfödda missbildningar av hjärtats skiljeväggar

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q21.

6. Medfödda missbildningar av hjärtats klaffar

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q23.

7. Medfödda missbildningar av de stora artärerna

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q25.

8. Reduktionsmissbildningar av övre extremitet

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q71.

9. Reduktionsmissbildningar av undre extremitet

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod Q72.

10. Blindhet (och allvarlig nedsatt syn)

Diagnosen ska överensstämma med diagnoskod H54.

11. Psykisk utvecklingsstörning

En förutsättning för ersättning är en svår eller grav medfödd utvecklingsstörning. Diagnosen ska ställas av specialläkare 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), 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 1 år. Barnets sjukdom eller olycksfallsskada som ger rätt till vårdbidraget ska ha visat sig respektive inträffat under försäkringstiden.

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

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

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

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

Medicinsk invaliditet för barnet (G3.a2)

– Bas eller Plus

Ersättning kan lämnas för medicinsk invaliditet vid olycksfallsskada som inträffar under försäkringstiden.

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

Funktionsnedsättningen ska objektivt kunna fastställas. Nedsättningen av kroppsfunctionen 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 1 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 kroppsfunctionen 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 Plus

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 vid vårdbidrag	Högst 40.000 kr 5)		
Läke- och resekostnader	Nödvändiga kostnader inom 6 mån från skadefallet		
Tandskador	Nödvändiga kostnader inom 5 år från skadefallet		
Diagnosförsäkring	80.000 kr 6)		
Krisbehandling		Högst 10 behandlings-tillfällen 3)	Högst 10 behandlings-tillfällen 3)

1) Medicinsk invaliditet i gravidförsäkringen gäller vid olycksfall. Då barnet är fött kan även ersättning för medicinsk invaliditet vid olycksfall lämnas från barnförsäkringen.

2) Gäller för barns dödsfall från och med graviditetsvecka 23.

3) Gäller för händelse som inträffat under försäkringstiden, från graviditetsvecka 10 och fram till barnets 6 månadersdag. Högst 10 behandlingstillfällen sammanlagt för familjen.

4) Ersättning lämnas efter 5 dagars sjukhusvistelse från dag 1 med 200 kr/dag i totalt sammanlagt 360 dagar för mamma och/eller barn längst tills dess barnet fyller 1 år för försäkringsfall som inträffat under försäkringstiden. 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 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 1 år om försäkringsfallet inträffat senast på barnets 6 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.

13 Produktvillkor Sjukvårdsförsäkring

Vid frågor till Folksams vådrådgivning kontakta vådrådgivningen på telefon 0771-968 636.

Vid frågor om försäkringsavtalet, riskbedömning och skadereglering kontakta Folksam på telefon 0771-950 950.

Villkor och blanketter kan hämtas på folksam.se

			Max
			<ul style="list-style-type: none">• Självriskeeliminering vid akutvård utomlands• Second Opinion• Hälsoundersökning
		Plus	
		<ul style="list-style-type: none">• Sjukgymnast, naprapat, kiropraktor• Tandskada• Läkemedel upp till högkostnadsskyddet	<ul style="list-style-type: none">• Sjukgymnast, naprapat, kiropraktor• Tandskada• Läkemedel upp till högkostnadsskyddet
Bas			
<ul style="list-style-type: none">• Läkarvård• Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet• Sjukhusvård och operation• Resor och logi• Eftervård och rehabilitering• Hjälpmedel• Psykologstöd• Hälsoprofil på webb	<ul style="list-style-type: none">• Läkarvård• Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet• Sjukhusvård och operation• Resor och logi• Eftervård och rehabilitering• Hjälpmedel• Psykologstöd• Hälsoprofil på webb	<ul style="list-style-type: none">• Läkarvård• Patientavgifter upp till högkostnadsskyddet• Sjukhusvård och operation• Resor och logi• Eftervård och rehabilitering• Hjälpmedel• Psykologstöd• Hälsoprofil på webb	
<ul style="list-style-type: none">• Specialistvård efter remiss• Ansvarstid = obegränsad upp till 65 år därefter 12 månader• Självrisk = Nej• Slutålder = 65 år• Kostnadstak = 2 mkr per skada	<ul style="list-style-type: none">• Specialistvård efter remiss eller självrisk• Ansvarstid = obegränsad upp till 70 år därefter 12 månader• Självrisk = 700 kr• Slutålder = 70 år*• Kostnadstak = 3 mkr per skada	<ul style="list-style-type: none">• Ansvarstid = obegränsad upp till 75 år därefter 12 månader• Självrisk = Nej• Slutålder = 75 år*• Kostnadstak = 6 mkr per skada	

* dock längst till gruppavtalets slutålder

13.0 Vårdrådgivning och åtgärder för skada

Vårdrådgivning

Den försäkrade får per telefon tillgång till medicinsk rådgivning av legitimerade sjuksköterskor. Folksams vårdrådgivning kan nås på telefon 0771-968 636, vardagar kl. 08.00–21.00 och helger samt helgdagar kl 08.00–17.00.

Åtgärder vid skada

Den försäkrade ska vid inträffat skadefall samt all fortsatt vårdplanering kontakta Folksams vårdrådgivning, (se ovan).

Anmälan ska därefter alltid göras skriftligen till Folksam så snart detta är möjligt. Innan behandling sker eller innan resa för behandling på sjukhus påbörjas ska Folksams vårdrådgivning kontaktas för godkännande.

Den försäkrade ska tillhandahålla de upplysningar och intyg som Folksam begär och som bedöms som nödvändiga för att fastställa rätten till ersättning och fortsatt behandling.

Kostnaden för av Folksam begärda intyg och undersökningar ersätts av Folksam.

Eventuell översättning av handlingar till svenska bekostas av den försäkrade.

Anspråk på ersättning ska styrkas med originalkvitton och skickas till Folksam tillsammans med skadeanmälan.

Folksam ska i förväg ha godkänt vården. Godkänd kostnad kan faktureras Folksam direkt av vårdgivaren.

Medgivande för Folksam att för bedömning av Folksams ansvar inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, Skatteverket eller arbetsgivare ska lämnas om Folksam begär detta. Om medgivande inte lämnas har Folksam rätt att avböja ersättning.

Vårdgaranti

Försäkringen ger den försäkrade rätt till en vårdgaranti. Med vårdgaranti menas att den försäkrade vid ersättningsbart försäkringsfall som kräver behandling ges rätt att inom 3 vardagar få kontakt med läkare som anvisats av Folksams vårdrådgivning. Under perioderna 1 juli till och med 15 augusti samt 24 december till och med 7 januari gäller 5 vardagar för att få kontakt med anvisad läkare. Kräver försäkringsfallet operation eller inskrivning för sjukhusvård ges rätt att inom 21 vardagar bli inskriven på sjukhus i Folksams nätverk. Om vårdgarantin inte uppfylls får den försäkrade, under maximalt 30 dagar per försäkringsfall, 300 kronor per dag fram till dagen för vård, inskrivning för operation eller sjukhusvård.

Vårdgarantin gäller endast vid det första tillfället som den försäkrade fordrar vård. Tiden för vårdgarantin börjar löpa från den tidpunkt:

- när Folksam fått fullständigt medicinskt underlag

- när rätten till operation och sjukhusvård inträtt och
- när den som gör anspråk på ersättningen har fullgjort sina skyldigheter.
- Vårdgarantin gäller inte:
- om operationen eller sjukhusvården måste senareläggas av medicinska skäl
- om den försäkrade inte accepterar erbjuden tid för operation eller sjukhusvård eller
- om den försäkrade väljer ett annat operations- eller sjukhusvårdsalternativ.

Vårdgarantin gäller endast operationer och sjukhusvård hos en vårdgivare som Folksams vårdrådgivning anvisar

Var sjukvårdsförsäkringen gäller

Sjukvårdsförsäkringen gäller för vård i Sverige. Försäkringen gäller för fortsatt vård/behandling inom Sverige, även om vårdbehovet uppstått utanför Sverige. Har vårdbehovet uppstått utanför Sverige gäller försäkringen endast om försäkrad tillfälligt vistats utanför Sverige under högst 45 dagar, räknat från utresedagen.

13.1 Sjukvårdsförsäkring Bas

13.1.1. Omfattning

Försäkringen ersätter vård och behandling efter remiss till specialitläkare.

Vård och behandling ska ha föregåtts av en grundlig medicinsk utredning hos allmänläkare/företagsläkare som är verksam i Sverige.

Försäkringen gäller för nödvändiga och skäligen kostnader för vård till följd av sjukdom eller olycksfallsskada om försäkringsfallet inträffat under försäkringstiden.

Om det har förflutit mer än 2 år sedan den försäkrade senast varit föremål för behandling av sjukdom, symtom på sjukdom, olycksfallsskada eller besvär gäller försäkringen för det förnyade vårdbehovet.

13.1.2 Rätt till ersättning

Läkarvård

Ersättning lämnas för kostnader i samband med undersökning, diagnostisering och behandling som utförs av läkare anvisad av Folksams vårdrådgivning.

Patientavgifter

Försäkringen lämnar ersättning för patientavgifter inom offentlig vård upp till gränsen för högkostnadsskyddet för patientavgifter uppkomna efter erhållen remiss till specialvård.

Sjukhusvård och operation

Försäkringen ersätter kostnader i samband med:

- sjukhusvård
- operationsförberedande undersökningar
- operationer

Undersökning, operation, vård och behandling sker på privatsjukhus eller på annat sjukhus som ur behandlingssynpunkt är lämpligare. Rätten till operation och sjukhusvård inträder när medicinsk utredning är avslutad och behandlande läkare har utfärdat remiss om operation eller sjukhusvård.

Resor och logi

Försäkringen lämnar ersättning för den försäkrades nödvändiga och skäligen rese- och logikostnader som uppstår i samband med ersättningsbar behandling. Försäkringen kan även, då den försäkrade ska genomgå en större operation, lämna ersättning för nära anhörigs rese- och logikostnader. Gäller endast för en anhörig. Innan resan påbörjas ska Folksam kontaktas för godkännande.

Eftervård – rehabilitering

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäligen kostnader för eftervård och rehabilitering som remitteras av läkare i samband med ersättningsbar sjukhusvård eller operation (se denna punkt).

Eftervården och rehabiliteringen ska ha föregåtts av medicinsk utredning från behandlande läkare. Den ska om möjligt förläggas till hemorten eller så nära denna som möjligt. Dock kan det ur behandlingssynpunkt vara angeläget att fortsatt behandling sker vid det sjukhus där den försäkrade vårdats.

Om eftervården/rehabiliteringen avser behandling i öppenvård lämnar försäkringen ersättning för maximalt en eftervårds- eller rehabiliteringsperiod för varje försäkringsfall enligt följande:

- ersättning i högst två månader för varje försäkringsfall räknat från det att eftervården/rehabiliteringen påbörjades.
- om eftervården/rehabiliteringen avser behandling med övernattningslämning lämnar försäkringen ersättning i högst 21 dagar för varje försäkringsfall.
- om eftervården/rehabiliteringen avser sjukgymnastik lämnar försäkringen ersättning för högst tio behandlingstillfällen för varje försäkringsfall. Detta lämnas utöver den behandling som ges enligt punkten Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor.

Ersättning lämnas endast för kostnader som godkänts i förväg av Folksam.

Hjälpmedel

Försäkringen ersätter kostnader för hjälpmedel som behandlande legitimerad läkare föreskrivit och som kan

anses skäligen och nödvändigen för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning.

Hjälpmedel för stadigvarande bruk ersätts inte.

Psykolog

Försäkringen ersätter kostnad för behandling hos psykolog efter remiss från behandlande läkare. Remissen ska inte vara äldre än sex månader. Ersättning lämnas för maximalt tio behandlingar per försäkringsfall.

Hälsoprofil

Försäkringen omfattar en rätt att via webben testa sin hälsoprofil. Efter att Folksam informerats om att försäkrad anslutits till försäkringen sänds mer information om Hälsoprofilen.

13.1.3 Begränsningar

Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning

Ansvarstiden är obegränsad fram till utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år. Försäkringen gäller dock längst till gruppavtalets slutålder. Då den försäkrade uppnått försäkringens slutålder är ansvarstiden högst 12 månader för ett försäkringsfall som inträffat under försäkringstiden. Om försäkringen upphör eller lämnas obetald under försäkringstiden är dock ansvarstiden 12 månader räknat från den dag försäkringsfallet inträffade.

Ansvarstiden räknas från den dag den försäkrade första gången söker vård för försäkringsfallet. Sjukdom/besvär med medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall.

Användande av medicin, protes eller liknande hjälpmedel anses inte som behandlings- och symtomfri period.

För Sjukvårdsförsäkring – Bas är slutåldern utgången av månaden innan den försäkrade fyller 65 år. Försäkringen gäller längst till gruppavtalets slutålder.

Försäkringsersättningen för samma sjukdom eller olycksfallsskada är maximerad till 2 miljoner kronor per försäkrad och försäkringsfall.

Övriga begränsningar

Se kapitel 13.4 Vad Sjukvårdsförsäkring Bas – Plus – Max inte gäller för.

13.2 Sjukvårdsförsäkring Plus

13.2.1. Omfattning

Försäkringen ersätter vård och behandling efter remiss till specialitäläkare eller med självrisk.

Om försäkringen tecknats med krav på remiss ska vård och behandling ha föregåtts av en grundlig medicinsk utredning hos allmänläkare/företagsläkare som är verksam i Sverige.

Försäkringen gäller för nödvändiga och skäligen kostnader för vård till följd av sjukdom eller olycksfallsskada om försäkringsfallet inträffat under försäkringstiden.

Om det har förflutit mer än 2 år sedan den försäkrade senast varit föremål för behandling av sjukdom, symtom på sjukdom, olycksfallsskada eller besvär gäller försäkringen för det förnyade vårdbehovet.

13.2.2 Rätt till ersättning

Läkarvård

Ersättning lämnas för kostnader i samband med undersökning, diagnostisering och behandling som utförs av läkare anvisad av Folksam vådrådgivning.

Patientavgifter

Försäkringen lämnar ersättning för patientavgifter inom offentlig vård upp till gränsen för högkostnadsskyddet. Om försäkringen tecknats med remiss ersätts patientavgifter uppkomna efter erhållen remiss till specialistvård.

Läkemedelskostnader

Försäkringen lämnar ersättning för egenavgiften för receptbelagd medicin upp till gränsen för högkostnadsskyddet som läkare föreskrivit i samband med ersättningsbart försäkringsfall.

Sjukhusvård och operation

Försäkringen ersätter kostnader i samband med:

- sjukhusvård
- operationsförberedande undersökningar
- operationer

Undersökning, operation, vård och behandling sker på privatsjukhus eller på annat sjukhus som ur behandlingssynpunkt är lämpligare.

Rätten till operation och sjukhusvård inträder när medicinsk utredning är avslutad och behandlande läkare har utfärdat remiss om operation eller sjukhusvård.

Resor och logi

Försäkringen lämnar ersättning för den försäkrades nödvändiga och skäliga rese- och logikostnader som uppstår i samband med ersättningsbar behandling. Försäkringen kan även, då den försäkrade ska genomgå en större operation, lämna ersättning för nära anhörigs rese- och logikostnader. Gäller endast för en anhörig. Innan resan påbörjas ska Folksam kontaktas för godkännande.

Eftervård – rehabilitering

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för eftervård och rehabilitering som remitteras av läkare i samband med ersättningsbar sjukhusvård eller operation (se denna punkt).

Eftervården och rehabiliteringen ska ha föregåtts av medicinsk utredning från behandlande läkare. Den ska om möjligt förläggas till hemorten eller så nära denna som

möjligt. Dock kan det ur behandlingssynpunkt vara angeläget att fortsatt behandling sker vid det sjukhus där den försäkrade vårdats.

Ersättning lämnas för maximalt en eftervårds eller rehabiliteringsperiod för varje försäkringsfall enligt följande:

- om eftervården/rehabiliteringen avser behandling i öppenvård lämnar försäkringen ersättning i högst två månader för varje försäkringsfall räknat från det att eftervården/rehabiliteringen påbörjades.
- om eftervården/rehabiliteringen avser behandling med övernattningslämning lämnar försäkringen ersättning i högst 21 dagar för varje försäkringsfall.
- om eftervården/rehabiliteringen avser sjukgymnastik lämnar försäkringen ersättning för högst tio behandlingstillfällen för varje försäkringsfall. Detta lämnas utöver den behandling som ges enligt punkten Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor.

Ersättning lämnas endast för kostnader som godkänts i förväg av Folksam.

Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor

Försäkringen ersätter behandlingar hos sjukgymnast, kiropraktor eller naprapat, som utövas av legitimerade vårdgivare och som står under Socialstyrelsens tillsyn om den behandlingsform som används är medicinskt motiverad samt remitterad av behandlande läkare. Remissen ska inte vara äldre än sex månader. Försäkringen ersätter högst tio behandlingar per försäkringsfall.

Hjälpmedel

Försäkringen ersätter kostnader för hjälpmedel som behandlande läkare föreskrivit och som kan anses skäliga och nödvändiga för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning. Hjälpmedel för stadigvarande bruk ersätts inte.

Psykolog

Försäkringen ersätter kostnad för behandling hos psykolog efter remiss från behandlande läkare. Remissen ska inte vara äldre än sex månader. Ersättning lämnas för högst tio behandlingar per försäkringsfall.

Tandskada

Försäkringen ersätter behandling av tandskada som är en följd av ersättningsbart försäkringsfall för vilket ersättning kan utgå genom denna försäkring. Om det redan innan försäkringsfallet förelåg ett tandbehandlingsbehov, äger Folksam rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek eller begränsa sina vårdkostnader.

Hälsoprofil

Försäkringen omfattar en rätt att via webben testa sin hälsoprofil. Efter att Folksam informerats om att försäkrad anslutits till försäkringen sänds mer information om Hälsoprofilen.

13.2.3 Begränsningar

Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning

Ansvarstiden är obegränsad fram till utgången av månaden innan den försäkrade fyller 70 år. Försäkringen gäller dock längst till gruppavtalets slutålder. Då den försäkrade uppnått försäkringens slutålder är ansvarstiden högst 12 månader för ett försäkringsfall som inträffat under försäkringstiden.

Om försäkringen upphör eller lämnas obetald under försäkringstiden är dock ansvarstiden 12 månader räknat från den dag försäkringsfallet inträffade.

Ansvarstiden räknas från den dag den försäkrade första gången söker vård för försäkringsfallet. Sjukdom/besvär med medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall.

Användande av medicin, protes eller liknande hjälpmedel anses inte som behandlings- och symtomfri period.

För Sjukvårdsförsäkring – Plus är slutåldern utgången av månaden innan den försäkrade fyller 70 år. Försäkringen gäller längst till gruppavtalets slutålder.

Försäkringsersättningen för samma sjukdom eller olycksfallsskada är maximerad till 3 miljoner kronor per försäkrad och försäkringsfall.

Övriga begränsningar

Se kapitel 13.4 Vad Sjukvårdsförsäkring Bas – Plus – Max inte gäller för.

13.2.4 Självrisk

Om försäkring tecknats med självrisk är denna 700 kr för varje försäkringsfall, se försäkringsbeskedet.

13.3 Sjukvårdsförsäkring Max

13.3.1. Omfattning

Försäkringen ersätter vård och behandling hos läkare.

Försäkringen gäller för nödvändiga och skäliga kostnader för vård till följd av sjukdom eller olycksfallsskada om försäkringsfallet inträffat under försäkringstiden.

Försäkringen kan även omfatta hälsoundersökning vartannat år. Se försäkringsbeskedet.

Om det har förflutit mer än 2 år sedan den försäkrade senast varit föremål för behandling av sjukdom, symtom på sjukdom, olycksfallsskada eller besvär gäller försäkringen för det förnyade vårdbehovet.

Försäkringen kan även omfatta hälsoundersökning vartannat år. Se försäkringsbeskedet.

13.3.2 Rätt till ersättning

Läkarvård

Ersättning lämnas för kostnader i samband med undersökning, diagnostisering och behandling som utförs av läkare anvisad av Folksams vårdrådgivning.

Patientavgifter

Försäkringen lämnar ersättning för patientavgifter inom offentlig vård upp till gränsen för högkostnadsskyddet.

Läkemedelskostnader

Försäkringen lämnar ersättning för egenavgiften för receptbelagd medicin upp till gränsen för högkostnadsskyddet som läkare föreskrivit i samband med ersättningsbart försäkringsfall.

Sjukhusvård och operation

Försäkringen ersätter kostnader i samband med:

- sjukhusvård
- operationsförberedande undersökningar
- operationer

Undersökning, operation, vård och behandling sker på privatsjukhus eller på annat sjukhus som ur behandlingssynpunkt är lämpligare.

Rätten till operation och sjukhusvård inträder när medicinsk utredning är avslutad och behandlande läkare har utfärdat remiss om operation eller sjukhusvård.

Resor och logi

Försäkringen lämnar ersättning för den försäkrades nödvändiga och skäliga rese och logikostnader som uppstår i samband med ersättningsbar sjukhusvård eller operation. Försäkringen kan även, då den försäkrade ska genomgå en större operation, lämna ersättning för nära anhörigs rese och logikostnader. Gäller endast för en anhörig. Innan resan påbörjas ska Folksam kontaktas för godkännande.

Eftervård – rehabilitering

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för eftervård och rehabilitering som remitteras av läkare i samband med ersättningsbar sjukhusvård eller operation (se denna punkt).

Eftervården och rehabiliteringen ska ha föregåtts av medicinsk utredning från behandlande läkare. Den ska om möjligt förläggas till hemorten eller så nära denna som möjligt. Dock kan det ur behandlingssynpunkt vara angeläget att fortsatt behandling sker vid det sjukhus där den försäkrade vårdats.

Ersättning lämnas för maximalt en eftervårds eller rehabiliteringsperiod för varje försäkringsfall enligt följande:

- om eftervården/rehabiliteringen avser behandling i öppenvård lämnar försäkringen ersättning i högst två månader för varje försäkringsfall räknat från det att eftervården/rehabiliteringen påbörjades.
- om eftervården/rehabiliteringen avser behandling med övernattning lämnar försäkringen ersättning i högst 21 dagar för varje försäkringsfall.
- om eftervården/rehabiliteringen avser sjukgymnastik lämnar försäkringen ersättning för högst tio behand-

lingstillfällena för varje försäkringsfall. Detta lämnas utöver den behandling som ges enligt punkten Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor.

Ersättning lämnas endast för kostnader som godkänts i förväg av Folksam.

Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor

Försäkringen ersätter behandlingar hos sjukgymnast, kiropraktor eller, naprapat som utövas av legitimerade vårdgivare och som står under Socialstyrelsens tillsyn om den behandlingsform som används är medicinskt motiverad samt remitterad av behandlande läkare. Remissen ska inte vara äldre än sex månader.

Försäkringen ersätter högst tio behandlingar per försäkringsfall.

Hjälpmedel

Försäkringen ersätter kostnader för hjälpmedel som behandlande läkare föreskrivit och som kan anses skäliga och nödvändiga för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning. Hjälpmedel för stadigvarande bruk ersätts inte.

Psykolog

Försäkringen ersätter kostnad för behandling hos psykolog efter remiss från behandlande läkare. Remissen ska inte vara äldre än sex månader. Ersättning lämnas för högst tio behandlingar per försäkringsfall.

Tandskada

Försäkringen ersätter behandling av tandskada som är en följd av ersättningsbart försäkringsfall för vilket ersättning kan utgå genom denna försäkring. Om det redan innan försäkringsfallet förelåg ett tandbehandlingsbehov, äger Folksam rätt att helt eller delvis nedsätta ersättningens storlek eller begränsa sina vårdkostnader.

Hälsoprofil

Försäkringen omfattar en rätt att via webben testa sin hälsoprofil. Efter att Folksam informerats om att försäkrad anslutits till försäkringen sänds mer information om Hälsoprofilen.

Självriskeliminering vid akutvård utomlands

Vid försäkringsfall under försäkrads tillfälliga vistelse utomlands ersätter försäkringen självrisk avseende ersättning för kostnader för vård från annan försäkring (t ex hem- eller reseförsäkring) med högst 5 000 kr. Dessutom lämnas ersättning för kostnader för fortsatt vård i Sverige. Med tillfällig vistelse avses 45 dagar räknat från utresedagen från Sverige.

Second opinion

Second opinion innebär en möjlighet för den försäkrade att, i speciella fall, till exempel vid allvarlig diagnos eller behandling, få ytterligare en medicinsk bedömning av oberoende specialist.

Folksam förbehåller sig rätten att avgöra om den försäkrade har rätt till Second opinion.

Hälsundersökning

Försäkringen kan omfatta en hälsundersökning vartannat år (se försäkringsbeskedet). Den första hälsundersökningen kan utnyttjas under det andra försäkringsåret och därefter vartannat år. Om den försäkrade inte genomgår hälsundersökningen så erhålls ingen kompensation eller återbetalning av inbetald premie.

13.3.3 Begränsningar

Ansvarstid, slutålder och högsta ersättning

Ansvarstiden är obegränsad fram till utgången av månaden innan den försäkrade fyller 75 år. Försäkringen gäller dock längst till gruppavtalets slutålder.

Då den försäkrade uppnått försäkringens slutålder är ansvarstiden högst 12 månader för ett försäkringsfall som inträffat under försäkringstiden. Om försäkringen upphör eller lämnas obetald under försäkringstiden är dock ansvarstiden 12 månader räknat från den dag försäkringsfallet inträffade.

Ansvarstiden räknas från den dag den försäkrade första gången söker vård för försäkringsfallet. Sjukdom/besvär med medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall.

Användande av medicin, protes eller liknande hjälpmedel anses inte som behandlings- och symtomfri period.

För Sjukvårdsförsäkring – Max är slutåldern utgången av månaden innan den försäkrade fyller 75 år. Försäkringen gäller längst till gruppavtalets slutålder.

Försäkringsersättningen för samma sjukdom eller olycksfallsskada är maximerad till 6 miljoner kronor per försäkrad och försäkringsfall.

Övriga begränsningar

Se kapitel 13.4 Vad Sjukvårdsförsäkring Bas – Plus – Max inte gäller för.

13.4 Vad Sjukvårdsförsäkring Bas –, Plus –, Max inte gäller för

Särskilda sjukdomar och diagnoser

- Sjukdom, eller olycksfallsskada som den försäkrade haft symtom från eller fått vård eller medicinering för innan försäkringen började gälla. Om det har förflutit mer än 2 år sedan den försäkrade senast varit föremål för behandling av sjukdom, symtom på sjukdom, olycksfallsskada eller besvär gäller försäkringen för det förnyade vårdbehovet.
- Smärttillstånd i rygg, leder och muskler som saknar objektiva medicinska fynd (läkarvård/undersökning som erfordras för att konstatera att undantaget är tillämpligt ersätts, om undersökningen/kostnaden på förhand godkänts av Folksam).

- Behandling/kontroll/utredning eller komplikationer i samband med graviditet, förlossning, abort, fertilitet eller sexuell dysfunktion.
- Sådan sjukdom som omfattas av smittskyddslagen.
- Sådan försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk i olika former, till exempel missbruk av alkohol, narkotiska medel, läkemedel, spelmissbruk, matmissbruk eller liknande.
- Korrigering av syn och brytningsfel i ögat.
- Kontroll och behandling av kraftig övervikt.
- Vård eller behandling av eller till följd av demenssjukdom.
- Behandling av psykotiskt tillstånd som enligt ICD-10 klassificeras med någon av diagnoskoderna F00-F99.
- Behandlingskostnader för snarkning om det inte av utredningen framgår att den försäkrade lider av sömnapné
- Klimakteriebesvär.
- Undersökning/behandling av tänder. Tugg och bitskador på tänder/tandprotes, karies, tandröta, tandlossning etc, som inte är en följd av annat ersättningsbart försäkringsfall kan aldrig ersättas.

Viss vård och vissa behandlingar

- Patientavgift hos privat vårdgivare som inte anvisats av Folksam vårdrådgivning.
- Läkarvård eller behandling då den försäkrade uteblivit från bokad behandlingstid debiteras den försäkrade.
- Läkarintyg som inte begärts av Folksam.
- Sjukdom eller olycksfallsskada till följd av att den försäkrade nyttjat alkohol, andra berusningsmedel, sömnmedel eller narkotiska preparat.
- Massage.
- Hälsoundersökning (kan ingå vartannat år i Sjukvårdsförsäkring Max).
- Akut sjukvård.
- Kosmetiska behandlingar och operationer eller följder av dessa, (följd av ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada kan i vissa fall ersättas om det är medicinskt motiverat).
- Organtransplantationer.
- Alternativa behandlingsformer som inte står under Socialstyrelsens tillsyn.
- Hjälpmedel för stadigvarande bruk.

Särskild riskfylld verksamhet

(där skadan har ett direkt samband med utövandet.)

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som uppkommit:

- vid sport/idrottsutövning/träning där den försäkrades utövning inbringar en inkomst/sponsring med mer än 0,5 prisbasbelopp per år
- vid elitidrott, d.v.s. idrott på mästerskapsnivå (t.ex. division II eller högre) eller träning för detta
- när försäkrad deltagit i särskilt riskfylld verksamhet, såsom livvakt, stuntman, luftakrobat eller liknande verksamhet, arbete på oljeplattform
- när försäkrad varit förare, passagerare eller haft en annan funktion ombord vid militärflygning, yrkesmässig provflygning eller flygning som utförs av flygbolag som inte är koncessionerat i europeiskt land
- när försäkrad varit förare eller haft annan yrkesfunktion ombord vid ambulansflygning
- när försäkrad deltagit i expeditions- eller äventyrsverksamhet i enskild regi eller i grupp eller jämförbar utövning
- när försäkrad deltagit i klättring på berg, is, klippa, glaciär eller jämförbar utövning
- när försäkrad deltagit i dykning på större djup än 30 meter, ensamdykning, is-, vrak- eller grottdykning
- när försäkrad deltagit i tävling eller träning med motorfordon
- vid utövande av boxning eller annan kampsport där slag/sparkar eller motsvarande ingår
- som en direkt eller indirekt orsak av att den försäkrade använt prestationshöjande medel inklusive men ej begränsat till, anabola steroider, stimulansmedel och kortikosteroider utan hänsyn till om dessa är föreskrivna av behörig läkare eller ej. Medicin föreskriven av läkare för specifik sjukdom omfattas ej av undantaget
- skada genom kärnexplosion eller radioaktiv strålning.

Kostnader som ersätts från annat håll

Kostnader för sjukvård som ska ersättas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal, ersätts inte från denna försäkring. Exempel på försäkringar enligt ovan är trafikförsäkring, reseförsäkring, hemförsäkring, patientförsäkring och arbetsskade-försäkring.

Framkallande av försäkringsfall

Om den försäkrade uppsåtligt har framkallat ett försäkringsfall, är Folksam fri från ansvar. Om den försäkrade genom grov vårdslöshet framkallat ett försäkringsfall eller förvärrat dess följder kan försäkringsersättningen komma att sättas ned helt eller delvis.

Vid vistelse utomlands

- Försäkringen gäller inte för fortsatt vård i Sverige vid utlandsvistelse som varar längre än 45 dagar räknat från utresedagen.
- Utbryter krig eller politiska oroligheter medan den försäkrade vistas i området gäller försäkringen under den första månaden under förutsättning att försäkrad inte deltar i kriget eller de politiska oroligheterna.
- Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallskada ifall den försäkrade har deltagit i krig eller politiska oroligheter utanför Sverige. Försäkringen gäller inte heller för sjukdom eller olycksfallsskada som inträffar inom ett år efter sådant deltagande och som kan anses vara en direkt eller indirekt följd av kriget eller de politiska oroligheterna.
- Försäkringen gäller inte vid utlandstjänstgöring.

Skador orsakade av atomkärnreaktion samt biologiska, kemiska och nukleära substanser

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

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

