

Villkor

Sjukvårdsförsäkring

Grupp

Gäller från 2021-10-10

Innehåll

BEGREPP OCH FÖRKORTNINGAR	5
A Allmänna bestämmelser	7
A.1 Allmänt om försäkringsavtalet	7
A.2 Försäkringsgivare, -förmedlare och tillsyn.....	7
A.2.1 Försäkringsgivare.....	7
A.2.2 Försäkringsförmedlare	7
A.2.3 Tillsyn.....	7
A.3 Gruppförsäkring.....	8
A.4 Försäkringens ikraftträdande	8
A.4.1 Vem försäkringen gäller för	8
A.4.2 När försäkringen gäller	8
A.4.3 Var försäkringen gäller	8
A.5 Anslutningskrav och hälsokrav	9
A.5.1 Konvertering från tidigare försäkringsgivare	9
A.6 Upplysningsplikt för försäkringstagare och försäkrad	9
A.7 Ändring av försäkringsvillkor och premier	10
A.8 Premiebetalning	10
A.8.1 Ny försäkring	10
A.8.2 Premie för senare premieperiod	10
A.8.3 Förnyad försäkring	11
A.8.4 Särskilda regler vid autogirobetalning	11
A.8.5 Uppsägning av försäkring på grund av dröjsmål med premiebetalning	11
A.8.6 Återupplivning av försäkring	11
A.8.7 Återbetalning av premie	11
A.8.8 Premiefrielse	11
A.8.9 Överlåtelse och pantsättning	11
A.9 Allmänna begränsningar	12
A.9.1 Krig och krigsliknande politiska oroligheter	12
A.9.2 Atomkärnprocess.....	12
A.9.3 Terroristhandling	12
A.9.4 Sanktion.....	13
A.9.5 Force Majeure.....	13
A.9.6 Framkallande av försäkringsfall	13
A.10 När skada inträffat.....	13
A.11 Uppsägning av försäkringen	14
A.11.1 Gruppens rätt till uppsägning	14
A.11.2 Försäkringsgivarens rätt till uppsägning.....	14
A.12 När försäkringen upphör – efterskydd, fortsättningsförsäkring.....	14

A.12.1 Efterskydd	15
A.12.2 Fortsättningsförsäkring	15
A.13 Preskription	15
A.14 Skaderegistrering.....	15
A.15 Behandling av personuppgifter.....	15
A.16 Hur man överklagar	16
A.16.1 Klagomålsansvarig	16
A.16.2 Andra vägar för prövning.....	16
B Försäkringens omfattning	17
B.1 Sjukvårdsförsäkringens olika delar	17
B.1.1 Allmänt om sjukvårdsförsäkringen.....	17
B.1.2 Sjukvårdsrådgivning och vårdplanering	18
B.1.3 Garanti.....	18
B.1.3.1 Specialistvårdsgaranti	18
B.1.3.2 Operationsgaranti.....	19
B.1.4 Privat läkarvård	19
B.1.5 Bedömningssamtal	19
B.1.6 Operation och sjukhusvård	19
B.1.7 Behandling hos psykolog/psykoterapeut.....	19
B.1.8 Behandling hos fysioterapeut/naprapat/kiropraktor.....	20
B.1.9 Resor och logi.....	20
B.1.10 Eftervård och medicinsk rehabilitering	20
B.1.11 Rehabiliteringsplan	20
B.1.12 Hjälpmedel	21
B.1.13 Second opinion – förnyad bedömning	22
B.2 Begränsningar i försäkringens omfattning	22
B.2.1 Sjukdom eller olycksfall innan försäkringen tecknades - Karens.....	22
B.2.2 Vissa sjukdomar och diagnoser samt viss vård och behandling	22
B.2.3 Uteblivna eller sent avbokade besök, behandlingar eller operationer.....	25
B.2.4 Ansvarstid	25

Villkor Sjukvårdsförsäkring

Här har vi samlat allt som vår sjukvårdsförsäkring omfattar sett till villkor. Notera att villkoren ska läsas tillsammans med det avtal ditt företag har med försäkringsgivaren, den förköpsinformation som enligt lag ska lämnas enligt försäkringsgivaren samt ditt försäkringsbesked så ser du vad som gäller. Försäkringsbeskedet anger t.ex. vilka delar som ingår i din försäkring och premier.

Villkor Sjukvårdsförsäkring

Sjukvårdsförsäkringen kan tyvärr inte täcka varje tänkbar skada du kan drabbas av. Premien skulle i så fall bli alltför hög. Det är därför viktigt att du vet vilka skador försäkringen omfattar samt var, när och hur den gäller. Det är viktigt att du läser villkoren, förköpsinformationen, försäkringsbesked och ditt företags avtal med försäkringsgivaren tillsammans. Då kan du avgöra vad som gäller för just ditt fall.

BEGREPP OCH FÖRKORTNINGAR

För att undvika missförstånd har vi definierat vad vi menar när vi använder nedanstående ord i denna villkorstext. När vi skriver "vi", "vårt" och "oss" menar vi Avonova Hälsa AB (även "Avonova"), och försäkringsgivaren Eir Försäkring AB.

<u>Akut</u>	Behandling som medicinskt behöver hanteras inom tre dagar.
<u>Arbetsdag</u>	Med arbetsdag menas helgfri måndag – fredag. En helgfri vecka har fem (5) arbetsdagar. Klockslag för arbetsdag; 08.00–16.00.
<u>Avonova</u>	Försäkringsförmedlare (försäkringsdistributör) som förmedlar denna försäkring och är anknuten försäkringsförmedlare till försäkringsgivaren.
<u>Avtal</u>	Det försäkringsavtal rörande denna försäkring som kund har slutit med försäkringsgivaren. Benämns i dessa villkor också som "försäkringsavtalet".
<u>Dag</u>	Med dag/dagar menas en kalenderdag. En vecka har sju (7) kalenderdagar.
<u>Försäkringen</u>	Den försäkring som regleras av dessa villkor. Försäkringen ingås genom försäkringsavtal mellan försäkringsgivaren och kunden. Försäkringen gäller till förmån för gruppmedlemmar. Försäkringen kallas i dessa villkor också för "sjukvårdsförsäkringen" och "gruppförsäkringen".
<u>Försäkringsgivare</u>	Det försäkringsbolag, Eir Försäkring AB, som har tecknat försäkringsavtal med kunden.
<u>Gruppavtal</u>	Det avtal som ligger till grund för försäkringen och som är tecknat mellan försäkringsgivaren och kund.
<u>Gruppföreträdare</u>	Samma som kund.
<u>Gruppmedlem</u>	Med gruppmedlem menas anställda vid ett företag som är kund och vilka gruppförsäkringen omfattar, såvida inte annat föreskrivs i gruppavtalet. När vi i fortsättningen skriver "du", "dig" och "din" alternativt "försäkrade" avser vi den person (gruppmedlem) som försäkringen gäller för.

<u>Kund</u>	Med kund/kunden menas det företag som tecknat sjukvårdsförsäkringen med försäkringsgivaren. Kunden kallas i dessa villkor även för "försäkringstagare".
<u>Partner</u>	Med partner/partners menas de underleverantörer av tjänster som har kontrakterats för att utföra vissa delar som omfattas av försäkringen. Avonova upphandlar och kontrakterar lämpligt behov av vårdgivare för att kunder ska erhålla avtalad servicenivå.
<u>Tjänst</u>	Med tjänst/tjänster menas de olika typer av sjukvård och andra insatser som försäkringsgivaren erbjuder kunder enligt försäkringsavtalet.
<u>Vårdplanering</u>	Vårdplaneringen (rådgivning och bokning av konsultationer, behandlingar och operationer) är den del av försäkringen som Avonova hanterar och godkänner. Partners kan komma att utföra delar av denna vårdplanering.
<u>Vårdgivare</u>	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).

A Allmänna bestämmelser

A.1 Allmänt om försäkringsavtalet

För försäkringsavtalet gäller vad som står skrivet i gruppavtalet, försäkringsbeskedet och därtill hörande handlingar, de allmänna villkoren för denna försäkring, försäkringsavtalslagen och svensk lag i övrigt. I dessa handlingar framgår t.ex. försäkringens omfattning, försäkringsbelopp och premier. Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som lämnades då försäkringen tecknades eller ändrades. Om någon uppgift är oriktig eller ofullständig, gäller vad som för sådant stadgas i försäkringsavtalslagen. Försäkringen tecknas med avtal för ett år i taget och förlängs automatiskt om det inte sägs upp av försäkringsgivaren eller gruppen. Försäkringsgivaren har rätt att inför varje års förlängning ändra premie och försäkringsvillkor för försäkringen. All kommunikation sker på svenska.

A.2 Försäkringsgivare, -förmedlare och tillsyn

A.2.1 Försäkringsgivare

Försäkringsgivare är Eir Försäkring AB, organisationsnummer 559166-0617, Kungsgatan 37, 111 56 Stockholm där även styrelsens har sitt säte. Försäkringsgivaren kan kontaktas på info@eirforsakring.se

A.2.2 Försäkringsförmedlare

Avonova är anknuten försäkringsförmedlare till Eir Försäkring AB. Eir Försäkring AB är ansvarigt för ren förmögenhetsskada i enlighet med 4 kap. 16 § lag om försäkringsdistribution (LFD) som kan uppkomma om Avonova åsidosätter sina skyldigheter (uppsåtliga eller av oaktsamhet). Avonova är registrerad i Bolagsverkets register, vilket kan kontrolleras genom kontakt med Bolagsverket (Bolagsverket, 851 81 Sundsvall, bolagsverket@bolagsverket.se)

A.2.3 Tillsyn

Både Avonova och Eir Försäkring AB är under tillsyn av Finansinspektionen (Finansinspektionen, Box 7821, 103 97 Stockholm, finansinspektionen@fi.se). Finansinspektionen kan kontaktas för att kontrollera om en enskild försäkringsförmedlare har rätt att distribuera försäkring. Vidare står Avonova och Eir Försäkring AB avseende reklam och marknadsföring under Konsumentverkets tillsyn (Konsumentverket, Box 48, 651 02 Karlstad, konsumentverket@konsumentverket.se). Avonova och Eir Försäkring AB står även under Integritetsskyddsmyndighetens tillsyn vad avser behandling av personuppgifter (Integritetsskyddsmyndigheten, Box 8114, 104 20 Stockholm, imy@imy.se).

A.3 Grupp försäkring

Till grund för grupp försäkringen ligger ett gruppavtal. Gruppavtalet ingås mellan försäkringsgivaren och kunden, dvs. grupp företrädaren som är det företag som tecknat försäkringen.

Grupp försäkringen är en obligatorisk grupp försäkring. De personer som omfattas av försäkringen är de personer som anges i gruppavtalet, vilka är gruppmedlemmarna och således de försäkrade. Gruppmedlemmarna är direkt ansluten till försäkringen på grund av gruppavtalet.

Gruppavtalet innehåller bestämmelser om vilka personer som omfattas av försäkringen, vilket försäkringsskydd som erbjuds, när försäkringen träder i kraft och giltighetstid samt automatisk förlängning och uppsägning av gruppavtalet. Ytterligare krav på anslutning framgår av reglerna om anslutningskrav och hälsokrav, se nedan A.5. Bestämmelse i gruppavtalet har företräde framför en bestämmelse i dessa villkor. Försäkringsvillkoren beskriver t.ex. försäkringarna, anslutningskrav, ikraftträdande, upphörande samt premier. Försäkringsbeskedet anger t.ex. vilka delar som ingår i din försäkring och premier.

A.4 Försäkringens ikraftträdande

Försäkringen börjar gälla från det datum som följer av gruppavtalet. Om inget annat avtalas, börjar försäkringen att gälla från och med dagen efter det att gruppavtalet ingåtts. För gruppmedlem som inträder i gruppen senare, räknas ansvaret från dagen efter inträdet i gruppen.

A.4.1 Vem försäkringen gäller för

Försäkringen gäller för gruppmedlem som anges i försäkringsbeskedet och som är bosatt i Sverige *eller* har sin huvudsakliga sysselsättning i Sverige och har sin fasta bosättning i annat nordiskt land. Med bosatt i Sverige menar vi att du har din egentliga hemvist och är folkbokförd i Sverige.

A.4.2 När försäkringen gäller

Försäkringen gäller för försäkringsfall som inträffar under den tid som försäkringen är i kraft. Försäkringen gäller för personer som minst är 18 år. Högsta inträdesålder är 65 år. Försäkringen gäller längst till och med månaden gruppmedlem/medförsäkrad fyller 70 år, om inte annat framgår av gruppavtalet.

A.4.3 Var försäkringen gäller

Försäkringen gäller för vård inom Sverige. Om du har för avsikt att vistas utomlands längre tid än tre (3) månader eller om du utvandrar från Sverige ska

ditt företag anmäla detta till oss och du kommer inte längre omfattas av försäkringen.

A.5 Anslutningskrav och hälsokrav

Gruppmedlem som ansluts till försäkringen ska

- Ingå i gruppen som definieras i i gruppavtalet och
- vara bosatt och folkbokförd i Sverige, *eller* ha sin huvudsakliga sysselsättning i Sverige och ha sin fasta bosättning i annat nordiskt land och
- vara fullt arbetsför.

Fullt arbetsför är den som

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall.
- inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom, olycksfall eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning.
- inte har varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd de senaste 360 dagarna.
- varit fullt arbetsför de senaste 90 dagarna innan försäkringen börjat gälla. Perioder av arbetsoförmåga som helt faller inom dessa 90 dagar och som sammanlagt inte överstiger 14 dagar, påverkar inte försäkringens giltighet.

Om en gruppmedlem inte är fullt arbetsför behövs vanligen en hälsodeklaration innan eventuell anslutning av sådan gruppmedlem till försäkringen. Detta hanteras genom ett särskilt förfarande.

A.5.1 Konvertering från tidigare försäkringsgivare

En förutsättning för att omfattas av övertaganderegler är att anslutningskraven under A.5 är uppfyllda, samt att den försäkrade omfattats av obligatorisk sjukvårdsförsäkring hos annan försäkringsgivare dagen innan obligatorisk sjukvårdsförsäkring enligt dessa villkor börjar gälla. Försäkringen ersätter försäkringsfall som anmälts till, godkänts av och reglerats av tidigare försäkringsgivare efter det att ansvarstiden hos tidigare försäkringsgivare löpt ut under förutsättning att försäkringsfallet är ersättningsbart enligt dessa villkor. Försäkringen ersätter även försäkringsfall som inte anmälts men som skulle ha godkänts av tidigare försäkringsgivare om så hade skett, under förutsättning att försäkringsfallet är ersättningsbart enligt dessa villkor.

A.6 Upplyningsplikt för försäkringstagare och försäkrad

Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på försäkringsgivarens begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkringen

ska meddelas, utvidgas eller förnyas. Försäkringstagaren och de försäkrade ska ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor.

Försäkringstagaren skyldig att inom en månad underrätta försäkringsgivaren om förändringar av vilka personer eller antalet personer som ska ingå i den försäkrade kretsen och vara gruppmedlemmar. Justering av antalet försäkrade med anledning av att arbetsgivaren har anmält ett felaktigt antal försäkrade till försäkringsgivaren kan endast avse innevarande kalenderår.

Har försäkringstagaren eller den försäkrade uppsåtligen eller av oaktsamhet, som inte är ringa, lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse för avtalet och försäkringsgivaren inte skulle ha meddelat försäkringen med kännedom om de rätta uppgifterna, är försäkringsgivaren fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall vad det gäller denne.

Om du begär sjukvård via vårdplaneringen och uppsåtligen eller av grov vårdslöshet oriktigt har uppgett, förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till vård från försäkringen, kan den vård som omfattas av försäkringen begränsas efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

A.7 Ändring av försäkringsvillkor och premier

Försäkringsgivaren har rätt att inför varje års förlängning ändra premie och försäkringsvillkor för försäkringen.

Vid allmän premie- och villkorsändring tillämpas de nya premierna och villkoren för försäkringen från närmast följande årsförfallodag, under förutsättning att underrättelse om detta lämnats senast 30 dagar före årsförfallodagen. För varje försäkringsår bestäms premien på grundval av den vid försäkringsårets början av försäkringsgivaren tillämpade premietariffen.

A.8 Premiebetalning

A.8.1 Ny försäkring

Premien betalas av gruppföreträdaren. Första premie ska betalas inom 14 dagar från den dag Avonova, på uppdrag av försäkringsgivaren, skickat avi om premien. Betalas inte premien inom 14 dagar efter utsänd avi har försäkringsgivaren ingen skyldighet att ingå försäkringsavtal.

A.8.2 Premie för senare premieperiod

Premie för senare premieperiod ska betalas senast på periodens första dag. Premien behöver dock inte betalas tidigare än en månad efter det att försäkringsgivaren skickat ut premieavin. Betalas inte premien i rätt tid föreligger dröjsmål med premiebetalningen och försäkringsgivaren har då rätt att säga upp försäkringen, se nedan A.8.5.

A.8.3 Förnyad försäkring

Vid försäkringstidens slut förnyas försäkringen genom att försäkringstagaren betalar den premie som Avonova, på uppdrag av försäkringsgivaren, genom utsänd avi underrättar denne om. Premien ska betalas senast på den förnyade försäkringens begynnelse dag. Premien behöver dock inte betalas tidigare än en månad efter det att försäkringsgivaren skickat ut premieavin. Betalas premien inte i rätt tid har försäkringsgivaren rätt att säga upp avtalet, se nedan A.8.5.

A.8.4 Särskilda regler vid autogirobetalning

Premie ska betalas enligt reglerna i A.8.1–A.8.3. Utöver vad som anges i A.8.1–A.8.3 gäller bestämmelserna i autogiroavtalet. Om kontot upphör att gälla, aviseras premie för återstående del av försäkringstiden. Om autogiroavtalet upphör på grund av bristande betalning har försäkringsgivaren rätt att säga upp försäkringen.

A.8.5 Uppsägning av försäkring på grund av dröjsmål med premiebetalning

Försäkringsgivaren kan säga upp försäkringen i förtid då dröjsmål med betalningen föreligger enligt ovan A.8.2. Försäkringsgivaren kan även säga upp försäkringen då dröjsmål med betalningen föreligger enligt ovan A.8.3. Uppsägning på grund av premiedröjsmål får verkan 14 dagar efter att meddelande av uppsägning avsänts från försäkringsgivaren, om inte premien betalas inom denna frist.

A.8.6 Återupplivning av försäkring

Försäkringsavtal som sagts upp av försäkringsgivaren på grund av att premien inte erlagts i rätt tid, kan återupplivas inom tre månader från det att försäkringen upphörde att gälla. Försäkringen blir därmed gällande på nytt dagen efter den dag då premien betalas. Försäkringen kan endast återupplivas för hela gruppen. Försäkringsfall som blivit aktuellt under den tid som försäkringen varit ur kraft, eller skada som inträffar under denna tid, omfattas inte av försäkringen.

A.8.7 Återbetalning av premie

Upphör försäkringen efter det att premie betalats i förskott, återbetalar vi den del av premien som avser tiden efter ansvarets upphörande.

A.8.8 Premiefrielse

Försäkringen ger inte rätt till premiefrielse.

A.8.9 Överlåtelse och pantsättning

Försäkringen får inte pantsättas eller överlåtas.

A.9 Allmänna begränsningar

Vi är ansvariga för att uppfylla villkoren för försäkringen gentemot dig så länge försäkringen är i kraft och omfattar undersökning och behandling så länge behandlingen förväntas kunna bota eller väsentligt och varaktigt förbättra ditt tillstånd. Om försäkringen upphör, upphör också vårt ansvar under försäkringen. Vi har inget ansvar att utföra tjänster på din begäran där utförandet inte är förenligt med lag eller medicinskt omhändertagande enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader som ersätts på annat sätt enligt lag, konvention, författning, kollektivavtal, annan försäkring (exempelvis trafik- eller arbetsskadeförsäkring) eller från kommun, landsting eller staten.

A.9.1 Krig och krigsliknande politiska oroligheter

Försäkringen gäller inte för sjukdom orsakad av krig, väpnad konflikt, terrorhandling, spridning av biologiska eller kemiska ämnen, kärnavfall eller annan skadlig strålning. Skada som kan anses orsakad av krig, krigsliknande händelser eller som inträffar i land eller område dit UD allmänt på grund av säkerhetsläget avråder från att resa. Har skada genom krig, krigsliknande händelse utanför Sverige eller i land eller område dit UD allmänt avråder från att resa uppkommit gäller försäkringen om skadan inträffat inom 10 dagar från oroligheternas utbrott och om du vistades i det drabbade området vid utbrottet. En förutsättning är att du inte deltagit i händelserna eller tagit befattning med dem som rapportör eller dylikt.

A.9.2 Atomkärnprocess

Försäkringen gäller inte för försäkringsfall som orsakats direkt eller indirekt av atomkärnprocess.

A.9.3 Terroristhandling

Försäkringen gäller inte vid försäkringsfall som förorsakats genom spridning av biologiska, kemiska eller nukleära substanser i samband med terroristhandling. Terroristhandling är en handling som inbegriper men inte är begränsad till användning av tvång eller våld och/eller till hot om tvång eller våld av en person eller grupper av personer. Den utförs av någon som antingen handlar ensam, för en organisations eller statsmakts räkning eller i förbindelse med en organisation eller statsmakt. Handlingen begås för eller av politiska, religiösa, ideologiska eller etiska skäl, inklusive avsikten att påverka en statsmakt och/eller att injaga fruktan i allmänheten eller någon del av allmänheten.

A.9.4 Sanktion

Om reglering av skada eller utbetalning av någon förmån i den utsträckning villkoret för sådant skydd, betalning av sådan skada eller villkor för sådan förmån skulle exponera oss för någon sanktion, förbud eller inskränkning under en resolution från FN eller handels- eller ekonomiska sanktioner, lagar eller föreskrifter från EU, Storbritannien, Nordirland eller USA, gäller att vi inte är skyldiga att tillhandahålla försäkringen.

A.9.5 Force Majeure

Försäkringen gäller inte för förlust som kan uppstå om vård fördröjs, orsakas av, eller inte kan lämnas på grund av krig, krigsliknande händelser, inbördeskrig, revolution eller uppror eller på grund av myndighetsåtgärd, pandemi eller samhällsfarlig smittspridning, strejk, lockout, blockad eller liknande händelse, eller på grund av naturkatastrof. Vårdgarantin gäller inte vid dessa händelser.

A.9.6 Framkallande av försäkringsfall

Om den försäkrade uppsåtligt har framkallat ett försäkringsfall är vi fria från ansvar.

Försäkringen gäller inte alls eller med inskränkningar om du

- med uppsåt framkallar en skada,
- med grov vårdslöshet framkallar en skada kan ersättning utebli eller minskas med ett särskilt avdrag efter vad som är skäligt med hänsyn till din vårdslöshet och omständigheterna i övrigt, eller
- handlar eller underlåter att handla på ett sätt som medför betydande risk för skada och därigenom framkallar en skada, kan ersättning utebli eller minskas med ett särskilt avdrag efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna, om du insåg eller borde ha insett att handlandet eller underlåtenheten att handla innebar betydande risk för skada. Faktorer som kan ha särskild betydelse vid denna bedömning är om du i samband med försäkringsfallet använder alkohol, annat berusningsmedel eller läkemedel på sådant sätt att det påverkar ditt handlande.

A.10 När skada inträffat

Kontakt med vår vårdplanering ska tas så snart som möjligt efter det att skada inträffat eller symtom visat sig. Innan behandling eller operation sker och innan resa till sjukhus påbörjas, ska vår vårdplanering kontaktas för godkännande. Den försäkrade är skyldig att ordna så att vi får ta del av tidigare journaler från sjukhus och läkare och de upplysningar och intyg som vi begär för vår utredning av ditt skadefall. Vi är berättigade att genom läkare eller på annat sätt låta undersöka ditt medicinska tillstånd eller annan särskild omständighet av betydelse för bedömning av ersättningsskyldigheten. Den försäkrade ska i sådant fall

medverka till läkarundersökning hos en av våra utsedda läkare. Vid underlåtelse att medverka vid ovanstående undersökning och om det medför skada för oss, lämnas inte vård. Om det behövs kan vi begära att du samtycker till att vi får inhämta hälsouppgifter från läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut samt Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning. För att kunna boka in vård inom försäkringen behöver vi inhämta skriftligt samtycke inom ett skadeärende. Utan sådant samtycke kan vi inte boka in vård. Vid rehabiliteringsutredning och -planering krävs skriftligt medgivande från arbetsgivaren och den försäkrade. Om den som begär vård som omfattas av försäkringen har försummat att anmäla eller medverka till utredningen eller hanteringen av ett försäkringsfall eller lämnat oriktiga uppgifter, kan det medföra att vårdens omfattning minskas eller helt uteblir.

A.11 Uppsägning av försäkringen

A.11.1 Gruppens rätt till uppsägning

Det är gruppföreträdaren som administrerar anslutning och uppsägning. I vissa fall är villkoren i försäkringen sådana att alla på en viss arbetsplats omfattas av försäkringen. Som enskild gruppmedlem har du dock alltid rätt att när som helst förklara dig att avstå från försäkringen.

A.11.2 Försäkringsgivarens rätt till uppsägning

Försäkringsgivaren får säga upp försäkringen att upphöra till försäkringstidens utgång samt vid dröjsmål av premiebetalning enligt A.8.5. Uppsägningen ska göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren och berörda gruppmedlemmar senast en månad innan avtalstiden går ut. Om så sker ska vi, efter ansvarstiden enligt B.2.3, via vårdplaneringen i rimlig utsträckning stötta gruppmedlemmarna att bli hänvisad till offentligt finansierad sjukvård i de fall gruppmedlemmarna har rätt till medicinskt omhändertagande enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Försäkringsgivaren har rätt att hänvisa gruppmedlemmarna till offentligt finansierad sjukvård direkt vid försäkringstidens utgång, men gruppmedlemmarna har alltid rätt till försäkringen och sjukvård i enlighet med försäkringen under ansvarstiden.

A.12 När försäkringen upphör – efterskydd, fortsättningsförsäkring

Rätten till efterskydd eller fortsättningsförsäkring enligt nedan gäller under förutsättning att den försäkrade inte på annat sätt fått eller uppenbarligen inte kan få försäkringsskydd av samma slag. Rätt till efterskydd och fortsättningsförsäkring gäller inte för rehabiliteringsplanering, om inte annat framgår av försäkringsbeskedet.

A.12.1 Efterskydd

För gruppmedlem som före slutåldern själv utträder ur gruppen upphör försäkringsskyddet på utträdesdagen. Om utträdet sker till följd av att gruppföreträdaren säger upp försäkringen eller omdefinierar gruppen på sådant sätt att enskild gruppmedlem inte längre omfattas av försäkringen gäller att den försäkrade har rätt till efterskydd i tre månader. Efterskyddet gäller inte om den försäkrade vid utträdet har omfattats av försäkringen kortare tid än sex månader.

A.12.2 Fortsättningsförsäkring

Om försäkringen sägs upp av försäkringsgivaren eller gruppföreträdaren, har gruppmedlem som har omfattats av försäkringen under minst sex månader rätt att teckna en fortsättningsförsäkring. Fortsättningsförsäkring tecknas utan hälsoprövning och ska omfatta ett likvärdigt skydd som tidigare.

Fortsättningsförsäkringen tecknas hos den befintliga försäkringsgivaren eller ett annat försäkringsbolag som den befintliga försäkringsgivaren anvisar. Ansökan om fortsättningsförsäkring ska göras inom tre månader från det att försäkringen upphörde.

A.13 Preskription

Den som har anspråk på försäkringsersättning förlorar sin rätt om han eller hon inte väcker talan mot försäkringsgivaren inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsavtalet berättigar till sådant skydd eller ersättning inträdde. Har anspråk på försäkringsersättning har framställt till försäkringsgivaren inom ovan angiven tid, är dock fristen enligt ovan minst sex månader räknat från dagen då försäkringsgivaren förklarat att försäkringsgivaren tagit slutlig ställning till anspråket.

A.14 Skaderegistrering

För att minska kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder vi oss av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningregister (GSR). Registret 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 försäkringsbolag. Personuppgiftsansvarig för GSR är Skadeanmälningregister (GSR) AB, Box 241 71, 104 51 Stockholm.

A.15 Behandling av personuppgifter

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och tillämpliga regler i övrigt. Vi värnar om din integritet när vi behandlar

personuppgifter. Vi behandlar dina personuppgifter när det är nödvändigt för att administrera försäkringen och fullgöra våra skyldigheter, t.ex. vid tecknande av försäkringen och vid skadereglering.

För information om försäkringsgivarens behandling av personuppgifter, läs mer i försäkringsgivarens dataskyddspolicy på deras hemsida www.eirforsakring.com

För information om Avonovas behandling av personuppgifter, läs mer i Avonovas dataskyddspolicy här: www.avonova.se/gdpr/

A.16 Hur man överklagar

Ta alltid först kontakt med den som handlagt ärendet. Ett samtal kan ge kompletterande uppgifter och eventuella missförstånd kan klaras upp. Är du fortfarande missnöjd finns följande möjligheter att få ärendet överprövat. Överprövningen är alltid kostnadsfri.

A.16.1 Klagomålsansvarig

Klagomålsansvarig kan pröva de flesta typer av ärenden och granska såväl själva handläggningen som beslutet i ersättningsfrågan – men några undantag finns. Klagomålsansvarig prövar inte ärenden som är under prövning i domstol, skiljeförfarande, eller i annan extern ordning, t.ex. någon nämnd – och inte heller ärenden i vilka tvisten i sak har prövats i någon av dessa instanser. Klagomålsansvarig arbetar opartiskt och självständigt. Skriv ned dina synpunkter och skicka dessa till klagomålsansvarig vars kontaktuppgifter finns under klagomålsansvarig "Om vi inte är överens" på avonova.se. Ange alltid ditt namn, din e-postadress, ärendenummer, telefonnummer samt en förklaring till missnöjet. Efter att du anmält ditt ärende kommer du att underrättas om den fortsatta handläggningen senast inom 14 dagar. Efter det att klagomålsansvarig granskat ditt ärende kommer dennes skriftliga beslut att skickas till dig. Din begäran om prövning hos klagomålsansvarig måste senast ha inkommit sex månader från det att du fått del av vårt beslut i ärendet. Prövningen är kostnadsfri. Du kontaktar försäkringsgivarens klagomålsansvarige via post Eir Försäkring AB (Klagomålsansvarig), BOX 3132, 103 62 Stockholm eller via e-postadress: klagomal@eirforsakring.se.

A.16.2 Andra vägar för prövning

Vill du hellre vända dig till någon annan instans än klagomålsansvarig har du följande möjligheter att få ditt ärende ytterligare prövat.

A.16.2.1 Personförsäkringsnämnden (PFN)

PFN prövar tvister gällande personförsäkring som kräver en medicinsk bedömning. PFN prövar även tvister som gäller avslag – helt eller delvis – på ansökan om personförsäkring. Ansökan om prövning av PFN måste göras inom ett år från det att du lämnade in ditt klagomål till försäkringsgivaren. POSTADRESS: Box 24067, 104 50 Stockholm TELEFON: 08-522 787 20 HEMSIDA: www.forsakringsnamnder.se

A.16.2.2 Allmänna reklamationsnämnden (ARN)

ARNs avdelning för försäkringsfrågor prövar tvister inom försäkringsområdet. ARN prövar dock inte tvister rörande medicinska bedömningar. Anmälan till ARN måste göras inom ett år från det att du framfört ditt klagomål till försäkringsgivaren. POSTADRESS: Box 174, 101 23 Stockholm TELEFON: 08-508 860 00 HEMSIDA: www.arn.se

A.16.2.3 Domstol

Liksom vid andra tvister kan du också vända dig till domstol. Ta kontakt med närmaste tingsrätt om du vill veta mer. Vissa möjligheter finns att få kostnader ersatta från en rättsskyddsförsäkring i till exempel kan ingå i en hemförsäkring.

A.16.2.4 Konsumenternas försäkringsbyrå

Du kan också få upplysningar och vägledning i försäkringsfrågor av Konsumenternas försäkringsbyrå. BESÖKSADRESS: Karlavägen 108 POSTADRESS: Box 24215, 104 51 Stockholm TELEFON: 0200-22 58 00 HEMSIDA: www.konsumenternas.se

B Försäkringens omfattning

B.1 Sjukvårdsförsäkringens olika delar

Försäkringens omfattning framgår av försäkringsbeskedet. Försäkringsfall anses för medicinsk vård ha inträffat när kontakt tagits med försäkringsgivaren. Har däremot objektivt fastställda symtom vid tidigare tillfälle nedtecknats i patientjournal anses försäkringsfallet istället ha inträffat vid det datumet. Flera försäkringsfall med medicinskt samband räknas som ett (1) försäkringsfall. Insjuknande på nytt efter 24 månaders sammanhängande symtom-, vård-, behandlings-, kontroll- och medicineringsfrihet anses utgöra ett nytt försäkringsfall. Sjukdomsfall som exempelvis förkylningar och infektioner är nya försäkringsfall vid varje nytt insjuknandetillfälle.

B.1.1 Allmänt om sjukvårdsförsäkringen

Försäkringen gäller endast för medicinsk vård, rehabilitering och behandling som utförs i Sverige av vårdgivare som anvisats av försäkringsgivaren. Försäkringsgivaren har dock rätt att anvisa privat vård även utanför Sverige.

Försäkringsgivaren har rätt att när som helst anvisa annan vårdgivare. Försäkringen gäller tillhandahållande av samtals- och psykosocialt stöd, rehabiliteringsplanering och planerad privat sjukvård till följd av sjukdom som blivit aktuell under tiden med försäkringen och där symtom inte visats före försäkringens begynnelse. Försäkringen gäller för den vård som vid varje tidpunkt finns i privat regi i Sverige. Grundförsäkringen omfattar nedanstående.

B.1.2 Sjukvårdsrådgivning och vårdplanering

Tillgång till rådgivning av erfaren legitimerade sjukvårdspersonal ingår alltid. Vårdplanering bedömer om utredning och vård kan ges inom ramen för försäkringen eller om patienter, via koordinering och stöd från vårdplanering, hänvisas till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. All privat vård ska alltid förmedlas genom vårdplanering. Det är vårdplaneringen som utifrån medicinskt behov bedömer vilken vårdnivå som är mest lämplig för dig.

B.1.3 Garanti

Försäkringsgivaren lämnar den garanti som framgår av B.1.3.1 och B.1.3.2. Garanti gäller inte om den försäkrade inte kan opereras av medicinska skäl, uteblir från inbokad behandling, tackar nej till inbokad tid eller genom överenskommelse kommer överens om senare bokad tid för behandling. Operationsgarantin enligt B.1.3.2 gäller under hela året med undantag för vecka 29–31 samt sista veckan i december och första veckan i januari (vanligtvis vecka 52 och 1).

Om vi inte kan leva upp till vårdgarantin lämnas rabatt för försäkringen. Varje arbetsdag som garantin överskrids ger kunden rätt till en månads avgiftsbefrielse för den drabbade gruppmedlemmen. Rabatten krediteras kunden. Det utgår ingen kontant ersättning till gruppmedlem eller annan ekonomisk ersättning till kund eller gruppmedlem. Rabatten är begränsad till 24 månaders kostnadsfri försäkring för gruppmedlem.

B.1.3.1 Specialistvårdsgaranti

Försäkringsgivaren garanterar att den försäkrade för ett och samma försäkringsfall erbjuds en första medicinsk rådgivning i personligt möte eller per telefon av specialistläkare, sjukgymnast, psykolog eller annan relevant vårdspecialistkompetens inom sju (7) arbetsdagar från det att skadan är godkänd som försäkringsfall av försäkringsgivaren.

Garantin gäller under förutsättning att:

- försäkringsgivarens sjukvårdsförmedling (eller av försäkringsgivaren anvisad samarbetspartner) har kontaktats för vårdförmedling, och
- den försäkrade är beredd att resa inom Sverige.

B.1.3.2 Operationsgaranti

Försäkringsgivaren garanterar att den försäkrade för ett och samma försäkringsfall får en operation genomförd inom 20 arbetsdagar från det att operationen är godkänd av försäkringsgivaren.

B.1.4 Privat läkarvård

Försäkringen ersätter kostnader för undersökning och behandling hos legitimerad läkare i privat regi godkänd och förmedlad av försäkringsgivaren. Det framgår av försäkringsbeskedet om försäkringen gäller med självrisk. Självrisk innebär att den försäkrade vid varje försäkringsfall betalar självrisk vid det första läkarbesöket som gäller under försäkringen.

B.1.5 Bedömningssamtal

Det kan ibland vara svårt att avgöra vilken typ av undersökning eller behandling som är lämpliga för din åkomma. Därför ingår ett bedömningssamtal, när vårdplanering bokar in det, för att kunna bedöma ditt behov av vård. Efter bedömningssamtalet återgår ärendet normalt till vårdplanering som vidtar lämpliga åtgärder baserat på bedömningssamtalet och övriga faktorer.

B.1.6 Operation och sjukhusvård

Försäkringen omfattar nödvändig och skälig operationsförberedande undersökning, operation och sjukhusvård hos den vårdgivare där det från behandlingssynpunkt är lämpligast som godkänts i förväg av vårdplanering.

B.1.7 Behandling hos psykolog/psykoterapeut

Försäkringen täcker stödsamtal eller terapi vid en krisreaktion och vid viss form av psykisk ohälsa. Skyddet vid krisreaktion gäller i samband med allvarlig olycksfallsskada, nära anhörigs död, överfall, hot, rån eller brand. Även arbetsrelaterade händelser som kollegas bortgång, hot eller våld på arbetsplatsen eller annan svår och psykologiskt påfrestande händelse omfattas. Försäkringen gäller inte för krisreaktioner i samband med anställningens upphörande, händelser som ligger mer än ett år tillbaka i tiden, krisreaktioner till följd av kriminella handlingar där gruppmedlemmen är vållande till skadan, vilket fastställs genom erkännande eller dom i domstol.

Psykisk ohälsa omfattar psykologisk behandling mot diagnosområdena anpassningsstörning, stressreaktioner, insomni eller sömnrubbningar, mild till måttlig ångest (paniksyndrom eller social fobi men ej PTSD), samt depression utan psykotiska eller suicidala inslag. Försäkringen täcker inte psykisk ohälsa som

kräver vård inom specialistpsykiatri, vilket även omfattar allvarlig depression. Vid klassificering av depression används riktlinjerna i DSM-5.

Allvarliga brott ska polisanmälas. Ett första samtal kan ske innan detta är gjort, men fortsatt terapi kan vanligen inte ges om inte anmälan upprättas.

Ett bedömningsamtal ingår i försäkringen. Vårdplanering utser legitimerad psykolog, psykoterapeut eller läkare för bedömningsamtal. Vårdplanering fattar beslut om fortsatt handläggning baserat på ditt tillstånd och den bedömning som görs vid bedömningsamtalet. Upp till fem timmars samtalsstöd eller upp till åtta timmars terapi ingår i försäkringen.

B.1.8 Behandling hos fysioterapeut/naprapat/kiropraktor

Försäkringen ersätter kostnader som avser behandling hos antingen legitimerad fysioterapeut, legitimerad naprapat eller legitimerad kiropraktor i privat regi anvisad av försäkringsgivaren.

B.1.9 Resor och logi

Försäkringen ersätter inte kostnader för resor och logi i samband med vård, behandling eller operation.

B.1.10 Eftervård och medicinsk rehabilitering

Försäkringen omfattar nödvändig och skälig eftervård som ordinerats av läkare på grund av privat operation och sjukhusvård i maximalt 6 månader efter operationen och endast om vården godkännts i förväg av vårdplanering. I samråd med vårdplanering kan ersättning istället lämnas för patientavgift avseende eftervård i offentligvården upp till maximalt ett högkostnadsskydd.

B.1.11 Rehabiliteringsplan

Försäkringen gäller för gruppmedlem som till följd av sjukdom eller olycksfallsskada förväntas bli frånvarande från arbetet minst 7 dagar i följd och där sjukdom eller olycksfall finns dokumenterat i patientjournal. Försäkringen täcker utredning av rehabiliteringsbehov. Ersättning lämnas för kostnader för rehabiliteringsledaren samt för anlitade specialister i samband med rehabiliteringsutredning som behövs för att identifiera den försäkrades behov av rehabilitering. Rehabiliteringsutredning sker av försäkringsgivaren anvisad och godkänd rehabiliteringsledare.

En rehabiliteringsplan upprättas där det framgår (om tillämpligt)

- Förväntad sjukskrivning och tidsplan för återgång till arbete

- Återbesök och uppföljningar
- Individuell rehabiliteringsplan
- Förslag på fler rehabiliterande insatser än de redan planerade
- Förslag på åtgärder eller insatser på arbetsplatsen som bedöms underlätta återgång
- Förslag på förebyggande insatser för att undvika återfall eller upprepning av skada

Försäkringen ersätter kostnader för framtagande av rehabiliteringsplan (plan för återgång i arbete). Rehabiliteringsplanen syftar primärt till att den försäkrade ska kunna fortsätta att arbeta hos nuvarande arbetsgivare. Rehabiliteringsplanen beskriver de behandlingar, anpassningar och åtgärder som rekommenderas för optimal rehabilitering och återgång till arbete. Rehabiliteringsplanen kan innehålla förslag till åtgärder som inte täcks av försäkringen.

Försäkringen lämnar inte ersättning för de kostnader som kan uppkomma i samband med effektivering av rehabiliteringsplanen, eller som är relaterade till arbetsoförmågan, så som

- anpassning av ordinarie arbetsplats,
- arbetshjälpmedel,
- arbetsträning,
- omplacering,
- utbildning,
- ändrade arbetsuppgifter,
- förlorad intäkt eller produktionsbortfall på grund av rehabiliteringsrelaterade aktiviteter eller åtgärder,
- kostnad för ersättare,
- skuldsanering för gruppmedlem,
- varsel om uppsägning,
- yrkesvägledning eller karriärplanering,
- utbildning eller program som syftar till att gruppmedlem ska få arbete hos annan, och arbetsgivare.

B.1.12 Hjälpmedel

Försäkringen omfattar ortopedtekniska hjälpmedel som är medicinskt motiverade och som kan anses skäligen och nödvändiga för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning upp till 25 000 kronor förutsatt att hjälpmedlet godkänns i förväg av vårdplaneringen.

B.1.13 Second opinion – förnyad bedömning

Försäkringen ger försäkrad rätt att få en så kallad Second opinion. Det innebär att den försäkrade har rätt till en förnyad medicinsk bedömning av en av försäkringsgivaren utsedd specialist. Second opinion sker på grundval av befintligt journalmaterial om inte försäkringsgivaren finner det nödvändigt med en ytterligare läkarundersökning. Den försäkrade har rätt till Second opinion vid:

- vid en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom/skada, eller
- om den försäkrade överväger att utsätta sig för särskilt riskfylld behandling. Med riskfylld behandling avses här att behandlingen i sig kan vara livshotande eller ge bestående men utöver den sjukdom/skada som föranlett behandlingen.

Second opinion ska godkännas av försäkringsgivaren i förväg.

B.2 Begränsningar i försäkringens omfattning

B.2.1 Sjukdom eller olycksfall innan försäkringen tecknades – Karens

Försäkringen täcker inte sjukdom eller ohälsa som den försäkrade haft symtom från eller fått vård eller medicinering för innan försäkringen börjat gälla. Om den försäkrade varit symtom-, vård- och medicineringsfri i två sammanhängande år när sjukdomen/ohälsan eventuellt återkommer, omfattas den ändå av försäkringen

B.2.2 Vissa sjukdomar och diagnoser samt viss vård och behandling

Försäkringen ersätter inte kostnader för

B.2.2.1

Vård som inte på förhand har godkänts av försäkringsgivaren eller dess partners.

B.2.2.2

Förlorad arbetsinkomst.

B.2.2.3

Akut sjukvård, akuta transporter och kostnader uppkomna i samband med akut vård. Med akut vård avses sådan vård som av medicinska skäl ska ges omgående eller senast inom tre dygn.

B.2.2.4

Behandling av kroniska sjukdomar. Med behandling av kronisk sjukdom menas behandling som enligt medicinsk erfarenhet inte förväntas kunna bota eller väsentligt och varaktigt kunna förbättra

ditt tillstånd under loppet av sex månader. Det kan röra sig om diabetes eller högt blodtryck etc. som kräver regelbundna kontroller. Undersökning och behandling fram till dess att en sjukdom eller skada blir klassificerad som kronisk ingår. Vid konstaterad kronisk sjukdom hjälper vi dig med remittering till lämplig vårdgivare för fortsatt behandling. Den fortsatta vården av din kroniska sjukdom ingår inte i försäkringen.

B.2.2.5

Anmälningspliktig sjukdom som finns reglerad i lag eller följer av sådan sjukdom.

B.2.2.6

Undersökning och behandling av tänder.

B.2.2.7

Kosmetiska behandlingar och operationer eller följer därav, om inte dessa är en följd av ersättningsberättigad sjukdom eller olycksfallsskada.

B.2.2.8

Kontroll och behandling som föranleds av graviditet, förlossning, abort eller sterilisering.

B.2.2.9

Fertilitetsutredning eller behandling av infertilitet.

B.2.2.10

Könskorrigering behandling.

B.2.2.11

Utredning och behandling av neuropsykiatrisk störning (t.ex. ADHD, autism).

B.2.2.12

Alternativa behandlingsformer och produkter som inte godkänts av SBU, Läkemedelsverket eller annan godkännande myndighet (t.ex. antroposofiska eller homeopatiska produkter eller mineral-, ämnes-, vitamin- eller naturmedicinska preparat).

B.2.2.13

Behandlings- eller läkemedelskostnader på grund av övervikt (BMI >30).

B.2.2.14

Överviktsoperation och följder därav.

B.2.2.15

Glasögon och linser samt operativa ingrepp, inklusive laserkirurgi, allt i syfte att korrigera ögons brytningsfel.

B.2.2.16

Utredning och behandling av snarkning och sömnapné.

B.2.2.17

Sådan försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk av alkohol, narkotika inklusive narkotikaklassade läkemedel, andra berusningsmedel, sömnmedel, dopingpreparat eller missbruk av andra läkemedel

B.2.2.18

Skada som uppkommit vid deltagande i sport eller idrott om du uppburit inkomst på grund av denna (med inkomst jämsställs bidrag överstigande ett prisbasbelopp per år från sponsorer). Även skador relaterade till idrottsutövning för individ som går på idrottsgymnasium alt. annan utbildning med idrottsinriktning.

B.2.2.19

Skada som uppkommit i samband med att du utfört eller medverkat till uppsåtlig brottslig handling som enligt svensk lag kan leda till fängelse. Om skuldfrågan inte är avgjord gäller försäkringen intill dess dom fallit eller du erkänt skuld. Om du nyttjat försäkringen och senare befinns skyldig till sådan brottslig handling som avses i detta undantag har försäkringsgivaren rätt att kräva återbetalning av kostnaderna.

B.2.2.20

Skada som orsakas av att du utför eller medverkar i terrorverksamhet, upplopp, gänguppställningar, huliganism eller liknande våldsamt aktivitet.

B.2.2.21

Resor eller logi i samband med vård, behandling eller operation.

B.2.2.22

Skada som uppkommit till följd av ingrepp, undersökning, behandling eller användning av medicinska preparat som berättigar till ersättning enligt Patientskadelagen.

B.2.2.23

Störningar av kontroll hemmahörande i grupp F63 i ICD-10.7.2.

B.2.3 Uteblivna eller sent avbokade besök, behandlingar eller operationer

Försäkringen ersätter inte vårdkostnader som uppstår till följd av att gruppmedlemmen uteblir från inbokat besök, inbokad behandling eller operation. Detta gäller även om gruppmedlemmen avbokar ett inbokat besök eller en inbokad behandling eller operation mindre än 24 timmar före den inbokade tiden, såvida inget annat framgår av eventuell information från vårdgivaren. Vid uteblivna eller sent avbokade besök, behandlingar eller operationer är gruppmedlemmen ansvarig för den uppkomna vårdkostnaden.

B.2.4 Ansvarstid

Ansvarstiden är den längsta tid som ersättning kan lämnas för ett försäkringsfall. Flera försäkringsfall med medicinskt samband räknas som ett försäkringsfall. Insjuknande på nytt efter 24 månaders sammanhängande symtom-, vård-, behandlings-, kontroll- och medicineringsfrihet anses utgöra ett nytt försäkringsfall. Om försäkringen upphör är ansvarstiden alltid sex (6) månader räknat från den dag försäkringsfallet inträffade.