



Diabetesforbundet Medlemsforsikring
Ulykkesforsikring Spesial
OSDN 24:01
Gjelder fra 2024-01-01

Vitea
Life

Innhold

A.	GENERELLE REGLER.....	5
A.1	Forsikringsgiver	5
A.2	Gruppeforsikringsavtaler.....	5
A.3	Frivillig/obligatorisk gruppeforsikring.....	5
A.4	Gruppeforsikring og forsikringsavtale	5
A.5	Gruppeforsikringsbetingelser, forsikringsøknad og forsikringsvarsel.....	5
A.6	Endring av forsikringsavtalen.....	6
A.7	Tegningsbestemmelser	6
A.8	Tegnings- og helseundersøkelsesreglene	6
A.9	Tilknytningsformer.....	7
A.10	Når forsikringen begynner å gjelde (Frivillig/Obligatorisk gruppeforsikring).....	7
A.11	Forsikring tegnet gjennom forsikringsmegler.....	7
A.12	Angrerett.....	8
A.13	Sikredes rett til å si opp forsikringen.....	8
A.14	Premie og premieinnbetaling.....	8
A.15	Tjenestepermisjon og foreldrepermisjon.....	8
A.16	Gjenoptakelse av forsikring.....	8
A.17	Refusjon av premie	9
A.18	Når forsikringen utløper	9
B.	BEGRENSNINGER PÅ FORSIKRINGSANSVAR.....	10
B.1	Følgene av å ikke overholde opplysning- splikten.....	10
B.2	Følgene av svik.....	10
B.3	Følgene av medvirkning	10
B.4	Selv mord	10
B.5	Kriminell handling og påvirkning av alkohol eller legemidler.....	10
B.6	Samvirkende årsaker.....	10
B.7	Forsikring gitt kun med kravet om " Fullt arbeidsdyktig"	11
C.	BEGRENSNINGER I FORSIKRINGENS GYLDIGHET	11
C.1	Utenlandsopphold som ikke berøres av begrensninger ved krig, krigslignende handlinger eller politiske uroligheter	11
C.2	Dersom forsikrede flytter til utlandet.....	11
C.3	Krig og krigslignende handlinger mm.....	11
C.4	Deltakelse i krig eller opphold i et land der krig eller politisk uro råder.....	11
C.5	Atomskader	12
C.6	Ved flygning	12
C.7	Unntak for profesjonell utøvelse av sport og idrett.....	12
C.8	Epidemi, pandemi.....	12
C.9	Force Majeure	12
C.10	Pasientskader.....	12

D.	OPPGJØR AV SKADE/FORSIKRING/ ERSTATNINGSOPPGJØR.....	12
D.1	Slik krever du erstatning.....	12
D.2	Skademelding og dokumentasjon.....	13
D.3	Renter.....	13
D.4	Regress.....	13
D.5	Samordning med bilansvarsloven/ erstatningsrett.....	13
D.6	Selskapets rett til å motregne i erstatningen.....	13
D.7	Hvordan erstatningen beregnes.....	14
D.8	Utbetaling av erstatning.....	14
D.9	Melding om forsikringstilfelle og foreldelse.....	14
D.10	Forsikringsselskapenes sentrale register – FOSS.....	14
D.11	Register for forsikringsøkere og forsikrede.....	14
D.12	Andre bestemmelser.....	14
D.12.1	Lovvalg.....	14
D.12.2	Vernetting.....	15
D.12.3	Valuta.....	15
D.12.4	Lovlige interesser.....	15
D.12.5	Vinningsforbud.....	15
D.13	Garantiordning for skadeselskaper.....	15
E.	Ulykkesforsikring Spesial – Ulykkesskade & Medisinsk behandling som følge av ulykkesskade.....	16
E.1	Tegningsregler.....	16
E.2	Utgifter til lege (Ulykke).....	16
E.3	Reisekostnader (Ulykke).....	16
E.4	Utgifter til tannlege (Ulykke).....	16
E.5	Tilleggskostnader (Ulykke).....	17
E.6	Rehabilitering og hjelpemidler (Ulykke).....	17
E.7	Invaliditet (Ulykke).....	17
E.8	Medisinsk invaliditet (Ulykke).....	18
E.9	Arbeidsuførhet (Ulykke).....	18
E.10	Permanente arr (Ulykke).....	19
E.11	Erstatning ved dødsfall (Ulykke).....	19
E.12	Krisehjelp (Ulykke).....	19
E.13	Helseforsikring som følge av ulykker med henvisningsplikt.....	20
E.13.1	Hva helsevesenet refunderer.....	20
E.13.2	Behandling og krav til henvisning.....	20
E.13.3	Transportkostnader.....	20
E.13.4	Helsepersonell og behandlingsmetoder.....	20
E.14	Refusjonsoversikt - Helseforsikring med henvisningskrav.....	21
E.15	Refusjonsbeløp – Helseforsikring med henvisningskrav.....	21
E.16	Behandlingsgaranti – Helseforsikring med henvisningskrav.....	21

E.17 Ansvarstid og forsikringstid – Helseforsikring med henvisningsplikt.....	22
E.18 Kostnader som dekkes på annen måte	22
E.19 Krav om henvisning.....	22
E.20 Begrensninger i retten til erstatning – Helseforsikring.....	22
F. BISTAND I KLAGESAKER	23
F.1 Ved tvist.....	23
G. BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER.....	23
H. DEFINISJONER/ORDLISTE.....	24

A. GENERELLE REGLER

A.1 Forsikringsgiver

Forsikringsselskapet/forsikringsgiver er Knif Trygghet Forsikring AS, Norge, org. nr. 991206825, representert ved Vitea Life AB, Sverige, org. nr. 559321-3126. Forsikringsselskapet er underlagt tilsyn av Finanstilsynet i Norge. Vitea Lifes virksomhet er underlagt tilsyn av Finansinspektionen i Sverige og svensk lovgivning.

A.2 Gruppeforsikringsavtaler

Försäkringsutveckling Sverige AB/FUAB er forsikringsmegler og er grupperepresentant for Diabetesforbundets Medlemsforsikring Ulykkesforsikring Spesial.

Gruppeforsikring er basert på avtale – gruppeavtale. Avtaler om gruppeforsikring tegnes mellom representanter for de forsikrede og assurandøren. Gyldig gruppeavtale er en forutsetning for individuell avtale om kollektiv forsikring. Konsernavtalen inneholder blant annet bestemmelser om:

- gruppeforsikringens omfang og innhold
- som tilhører den forsikringsberettigede gruppen
- abonnementsregler
- når forsikringene tidligst kan begynne å gjelde
- hvordan og av hvem gruppeforsikringen skal administreres
- gyldighetsperioden for gruppeavtalen
- automatisk utvidelse
- oppsigelsesrett og oppsigelsestid

Dersom gruppeavtalen sies opp, betyr det at alle forsikringer opphører. Gruppeavtalen kan sies opp av representanter for konsernet eller av forsikringsgiver. Forsikringsgiver har plikt til å varsle sikrede, også ved oppsigelse fra grupperepresentanten.

A.3 Frivillig/obligatorisk gruppeforsikring

En forutsetning for å kunne tilknyttes forsikringen er at den som skal forsikres ved tegning av forsikringen er bosatt og folkeregistrert i Norge og medlem av folketrygden.

Frivillig gruppeforsikring er en forsikringsavtale mellom assurandøren og den forsikrede, og som forsikrede frivillig søker om, eller avstår fra å si fra seg tilbudt forsikring innen en viss tid.

Obligatorisk gruppeforsikring er en forsikringsavtale mellom assurandøren og representanter for gruppen/forsikringstakeren som forsikrede er direkte knyttet til gjennom gruppeavtalen.

A.4 Gruppeforsikring og forsikringsavtale

Gruppeforsikringsavtalen regulerer blant annet den forsikringsberettigede gruppen, forsikringsomfanget, forsikringens ikrafttredelse, fornyelse, endring og oppsigelse. Dersom forsikringskontrakten sies opp av FUAB, vil forsikringen opphøre å gjelde for alle sikrede medlemmer på det tidspunkt som er angitt i oppsigelsen, men ikke tidligere enn 1 måned fra oppsigelsen.

Forsikringen reguleres av den inngåtte forsikringsavtalen. Forsikringen er basert på informasjonen du som sikret har gitt til forsikringsselskapet. Forsikringen er gyldig ett år av gangen. Forsikringen fornyes årlig hvis den ikke sies opp av FUAB, sikrede eller forsikringsselskapet. Forsikringsavtalen reguleres av bestemmelsene i forsikringsavtaleloven og norsk rett, og er undergitt norske domstolars jurisdiksjon.

A.5 Gruppeforsikringsbetingelser, forsikringssøknad og forsikringsvarsel

Gruppeforsikringsvilkårene beskriver alle forsikringsprodukter som kan inngå i en gruppeavtale, ikrafttredelse, forlengelse, oppsigelse og premiebetaling.

Forsikringssøknaden gir informasjon om hvilke forsikringer som kan tegnes, hvem som kan tegne forsikringene og informasjon om premiekostnader. På enkelte gruppekontrakter kan et gruppemedlem også forsikre sin ektefelle/samboer og/eller barn.

Forsikringsmeldingen gir informasjon om hvilke forsikringer og forsikringsbeløp den forsikrede har valgt å tegne. Basert på forsikringsmeldingen kan forsikrede finne ut hvilke forsikringsprodukter som gjelder i denne tilstanden og dermed hvilke regler som gjelder.

Premie og vilkår kan endres på hovedforfallsdatoen til gruppekontrakten. En inngått gruppeavtale løper normalt i ett år med mindre annet er avtalt, hvor alle forsikrede har felles forfall (hovedforfall).

Endring av vilkår og premie for forsikringen iverksettes fra neste hovedforfall. Melding om endring skjer i forbindelse med utsendelse av nye forsikringsdokumenter og ny premiefaktura.

Forsikringen er basert på de opplysninger som forsikringstaker og/eller forsikrede har gitt til assurandøren. Alle utsendelser vedrørende forsikringsbeholdning skjer til folkeregistreringsadressen, med mindre annet er avtalt.

Sikrede skal umiddelbart varsle forsikringsgiver om eventuelle feil og mangler som fremgår av forsikringsoppgaven eller tilsvarende dokument.

A.6 Endring av forsikringsavtalen

Når forsikringen fornyes, har forsikringsselskapet rett til å endre forsikringsvilkår og premie. Det gjøres ingen endringer i forsikringsvilkår og premie de første tolv månedene etter at forsikringen er tegnet.

Hvis vilkårene for forsikringen endres ved lovendring, endret rettspraksis eller forskrift av myndighetene, har forsikringsselskapet rett til å endre vilkårene i forsikringsavtalen i forsikringsperioden. En vilkårsendring på grunn av pålagte endringer i lov eller en myndighetsregulering trer i kraft umiddelbart.

Endringer trer i kraft når forsikringsselskapet kunngjør endringene.

A.7 Tegningsbestemmelser

Følgende personer har rett til å søke om forsikring eller utvidelse av forsikring:

- har fylt 16 år
- er bosatt og folkeregistrert i Norge og medlem av folketrygden
- har gyldig medlemskap i Diabetesforbundet
- oppfyller kravene for gruppemedlemskap eller som medforsikret av et gruppemedlem
- du forstår at forsikringen gjelder med en symptomklausul som beskrevet nedenfor for eksisterende sykdommer*

*Forsikringen gjelder ikke forsikringstilfeller som skyldes sykdom, skade eller funksjonshemming som viste symptomer eller eksisterte før forsikringen trådte i kraft, selv om diagnose eller årsak først kan fastsettes etter at forsikringen trådte i kraft.

Et vilkår for at de medforsikrede/medforsikrede barna skal tegne forsikring er at gruppemedlemmet er innvilget og har gyldig forsikring.

A.8 Tegnings- og helseundersøkelsesreglene

Tegnings- og helseundersøkelsesreglene kan variere mellom ulike gruppeavtaler, men fremgår av forsikringssøknaden og gruppeavtalen. For at en sikret skal være omfattet av gruppeforsikring, må sikrede oppfylle A.7 på søknadstidspunktet. For noen forsikringer stilles det et høyere krav, og det

betyr at den forsikrede skal fylle ut og svare på en helseerklæring. Dette gjelder også retten til å øke valgt forsikringsbeløp eller annen utvidelse av forsikringsdekningen.

Etter helsesekk/risikovurdering kan forsikringen innvilges med vanlige premier og vilkår, gis med unntak/klausul og/eller premieøkning eller avslås. Ansvar for forsikring som gis med klausul og/eller premieøkning begynner først å gjelde etter at du som sikrede har fått tilbud om forsikringen og hvor du som sikrede har akseptert tilbudet.

For gruppeforsikringer tegnet av selskapet (forsikringstakeren) for sine ansatte (forsikrede), har ikke forsikringstakeren rett til innsyn i forsikredes helsetilstand eller forsikringsmedisinske vurdering vedrørende ham. Av samme grunn kan assurandøren nekte å begrunne og forklare eventuelle begrensninger og premieøkninger overfor forsikringstaker.

Ved normalt innvilget forsikring kan det være unntak for plager som forelå før forsikringen ble tegnet.

A.9 Tilknytningsformer

Å melde seg inn i gruppeforsikringen kan gjøres på ulike måter, se nedenfor. For forsikringsproduktene Ulykkesforsikring og Sykeforsikring skjer tilknytning i alle tre tilknytningsformer mot attesting av full arbeidsdyktighet.

Obligatorisk tilknytning: For grupper med minst 15 tilknyttede personer kreves det kun at du er fullt arbeidsfør (se definisjon), opp til nivåene på forsikringsbeløpet som er avtalt i gruppeavtalen. Ønskes høyere forsikringsbeløp kreves det full helseerklæring. For grupper med 5–14 tilknyttede personer kreves det en forenklet helseerklæring. Obligatorisk forsikring kan ikke tegnes av en medforsikret. Sykefravær er ikke inkludert i obligatorisk medlemskap.

Automatisk tilkobling: Med automatisk tilkobling tilbys forsikring gratis de tre første månedene, såkalt Verneperiode. Dersom kunden ikke takker nei til forsikringen i friperioden, blir den omgjort til en betalt forsikring. For grupper med minst 15 tilknyttede personer kreves det kun at du er fullt arbeidsdyktig (se definisjon), opp til nivåene på forsikringsbeløpet som er avtalt i gruppeavtalen. Ønskes høyere forsikringsbeløp kreves det en fullstendig helseerklæring. For grupper på 5–14 personer er en forenklet helseerklæring tilstrekkelig. For høyere forsikringsbeløp kreves full helseerklæring. Automatisk tilkobling kan ikke signeres av medforsikrede.

Frivillig tilknytning mot helseerklæring: Forsikrede kan legge til frivillig forsikring og høyere erstatningsbeløp - for helseundersøkelserregler se søknaden. Medforsikrede tegner alltid forsikring mot fullstendig helseerklæring.

A.10 Når forsikringen begynner å gjelde (Frivillig/Obligatorisk gruppeforsikring)

Forsikringen begynner å gjelde dagen etter den dagen den fullstendige skriftlige søknaden/helseerklæringen sendes til mellommann, assurandør eller grupperepresentant. Dette gjelder imidlertid kun under forutsetning av at forsikringen kan gis til vanlige vilkår og premier, etter de risikovurderingsreglene som assurandøren da anvender.

Ved tvist om fra hvilken dato en forsikring trådte i kraft, gjelder ankomstdato hos forsikringsmegler/assurandør/konsernrepresentant, med mindre forsikringstaker kan bevise annen utsendelsesdato. Dersom det fremgår av søknaden at forsikringen først vil begynne å gjelde fra et senere tidspunkt, gjelder denne senere dato.

For utvidelse og økning av forsikringsdekningen gjelder samme bestemmelser som for ny søknad om forsikring. Skulle forsikringen etter gjeldende regler gjenforsikres helt eller delvis, trer forsikringen i denne del ikke i kraft før gjenforsikring er innvilget.

A.11 Forsikring tegnet gjennom forsikringsmegler

Dersom forsikringen er tegnet gjennom en forsikringsformidler, gjelder følgende:

- Dersom forsikringsformidlerens fullmakt tilbakekalles helt eller delvis, skal forsikringstaker umiddelbart varsle selskapet.

- Forsikringsformidleren har plikt til å videreformidle opplysninger om forsikringsavtalen som selskapet plikter å gi til en forsikringstaker/konsernrepresentant.

A.12 Angrerett

Du som sikret, kan innen 30 dager kansellere en frivillig forsikringsavtale etter å ha mottatt forsikringsdokumentene. Hvis du ombestemmer deg, må du varsle grupperepresentanten eller forsikringselskapet skriftlig.

A.13 Sikredes rett til å si opp forsikringen

Som sikret har du rett til å si opp forsikringsavtalen når som helst med umiddelbar virkning. Forsikringselskapet har imidlertid rett til å motta premie for den tiden forsikringen har vært i kraft. Oppsigelse skal gjøres skriftlig.

A.14 Premie og premieinnbetaling

Prisen på forsikringen, premien, beregnes og fastsettes for ett år av gangen. Størrelsen på premien fastsettes blant annet ved å ta hensyn til gruppens sammensetning, aldersfordelingen til de forsikrede og skadeutviklingen innad i gruppen. Hver gruppe har en felles hovedforfallsdato for alle forsikringer eller en egen hovedforfallsdato for hver forsikring. For grupper med felles hovedforfall vil første forsikringsperiode for sikrede være fra ikrafttredelsesdato til hovedforfall, og deretter vil forsikringstiden være ett år.

Førstepremie:

Første premiebetaling for nytegnert forsikring skal betales innen 14 dager etter at premiefaktura er sendt fra selskapet eller den som på vegne av selskapet har sendt melding om premiebetaling.

Fornyelsespremie:

Fornyelsespremien betales forskuddsvis og skal betales senest første dag i forsikrings- og premieperioden, dog tidligst en måned fra den dagen premiefakturaen er sendt.

Oppsigelse pga ubetalt premie:

Dersom premien ikke betales i tide, kan assurandøren si opp forsikringen for oppsigelse, med mindre forsinkelsen er av mindre betydning. Avbestilling trer i kraft 14 dager etter den dagen den ble sendt, med mindre premien betales innen denne fristen. Ved særskilte hindringer for å betale premie for fornyet forsikring, kan betalingsfristen forlenges med inntil 3 måneder dersom forsikringstaker ikke var i stand til å betale premien pga. frihetsberøvelse, alvorlig sykdom, manglende utbetaling av pensjon eller lønn.

Premium Waiver:

Premiefritak ikke inkludert.

A.15 Tjenestepermisjon og foreldrepermisjon

For tjenestepermisjon og foreldrepermisjon kan forsikringstaker fortsatt betale premien for den bedriftsbetalte forsikringen. Dersom forsikringstaker slutter å betale premie under tjenestepermisjonen/foreldrepermisjonen, har arbeidstaker rett til å gjeninngå forsikringsavtalen etter endt tjenestepermisjon/foreldrepermisjon med samme forsikringsdekning som gjaldt før tjenestepermisjonen/foreldrepermisjonen. permisjon. For gjeninntreden kreves det at permisjonen/foreldrepermisjonen ikke varte lenger enn 18 måneder og at arbeidstakeren er fullt arbeidsfør ved gjeninntreden. Dersom melding om gjeninnsetting gis senere enn tre måneder etter at arbeidstaker er tilbake i tjeneste hos arbeidsgiver, kreves ny helseundersøkelse. Dersom permisjonen/foreldrepermisjonen varer lenger enn 18 måneder, må arbeidstaker søke om ny forsikring. Det vil da være behov for ny helseundersøkelse.

A.16 Gjenopptakelse av forsikring

Hvis forsikringen er utløpt på grunn av ubetalt premie, kan forsikringen settes i kraft i sitt tidligere omfang ved at premien betales innen 3 måneder fra datoen forsikringen utløp. Forsikringen vil da bli validert dagen etter at premien er betalt. Gjenopptakelse kan ikke skje hvis manglende betaling er relatert til den første premiefakturaen, men gjelder bare for senere premieperioder eller fornyet forsikring.

Hvis forsikringen gjenopptas, gjelder ikke forsikringen for forsikringstilfeller som oppsto i løpet av den tiden da forsikringen ikke var i kraft, og ikke heller for forsikringstilfeller som oppsto etter at forsikringen ble gjenopptatt, hvis forsikringssaken stammer fra en hendelse som skjedde da forsikringen ikke var i kraft. Forsikringsselskapets ansvar løper bare fra dagen etter den datoen da premiebeløpet ble betalt.

A.17 Refusjon av premie

Opphører forsikringen før tid etter at premien er forskuddsbetalt, refunderes den delen som refererer til tiden etter at forsikringen opphører. Premie som til sammen er under 100 SEK refunderes ikke. Er forsikringsavtalen ugyldig pga at sikrede ga uriktige opplysninger, se punkt B.1, premie for tidligere tid refunderes ikke.

A.18 Når forsikringen utløper

Forsikringen er gyldig inntil forsikret gruppemedlem/medforsikrede når den endelige alder angitt i produktvilkårene. Forsikringen opphører før da hvis:

- gruppeavtalen opphører å gjelde
- forsikret gruppemedlem trer ut av forsikringen eller ikke lenger har mulighet til å tilhøre den forsikrede gruppen av personer som kan forsikres
- oppsigelse fra forsikringsselskapet
- premie ikke betalt i tide, se "Premium og Premium betaling"

Medforsikredes forsikring:

Dersom gruppemedlemmets forsikring utløper, opphører også medforsikredes og forsikredes barneforsikring å gjelde. Medforsikredes forsikring opphører også å gjelde ved utgangen av måneden hvor:

- medforsikrede når sluttalderen som er spesifisert for forsikringen
- gruppemedlemmet dør
- ekteskapet, registrert partnerskap eller samboerskap med forsikrede oppløses

B. BEGRENSNINGER PÅ FORSIKRINGSANSVAR

B.1 Følgene av å ikke overholde opplysning- splikten

Forsikringstaker og forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. Det skal også opplyses om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, jf. fal. § 13-1 bokstav a.

Dersom de opplysninger om risikoen som forsikringstakeren eller noen på forsikringstakerens vegne har gitt ved tegning av forsikringen, er uriktige eller ufullstendige på noe vesentlig punkt, kan selskapet si opp forsikringen med 14 dagers varsel, jf. fal. § 13-3.

Har forsikringstakeren eller forsikrede forsømt sin opplysningsplikt, og det ikke bare er lite å legge ham eller henne til last, kan retten til erstatning settes ned eller falle bort, jf. fal. 13-2.

For så vidt gjelder handlinger eller unnlater vedrørende forsikringstakers plikter etter forsikringsavtaleloven kapittel 13, får slike handlinger eller unnlater fra personer i forsikringstakers organisasjon som utfører arbeid av ledende art eller av andre som har særlig selvstendig stilling innen virksomheten, samme virkning for sikredes rettigheter som om handlingen eller unnlatelsen var foretatt av forsikringstaker selv.

B.2 Følgene av svik

Den som gjør seg skyldig i svik mot selskapet, mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne og andre forsikringsavtaler i anledning samme hendelse, og selskapet kan si opp enhver forsikringsavtale med sikrede, jf. FAL §§ 4-2, 4-3, 8-1 eller §§ 13-2, 13-3 og 18-1.

B.3 Følgene av medvirkning

Erstatningen kan settes ned eller falle bort dersom forsikrede forsettlig eller grovt, uaktsomt har medvirket til skaden, forsikringsavtaleloven §§ 13-8 og 13-9.

Dersom sikrede forårsaker forsikringstilfelle ved grov uaktsomhet, kan erstatning unnlates eller reduseres med særfradrag etter hva som er rimelig av hensyn til uaktsomhet og forholdene for øvrig.

Dersom sikrede opptre eller unnlater å opptre på en måte som medfører betydelig fare for skade og derved utløser et forsikringstilfelle, kan erstatning unnlates eller reduseres med særfradrag etter hva som er rimelig under hensyn til forholdene, dersom sikrede innså eller burde ha innsett at handlingen eller unnlatelsen av å handle innebar en betydelig risiko for skade. Forhold som kan ha særlig betydning ved denne vurderingen er om sikrede i forbindelse med forsikringssaken bruker alkohol, andre rusmidler eller rusmidler på en slik måte at det påvirker handlingen.

B.4 Selvmord

Hvis du, som sikret, begår selvmord innen 1 år etter at forsikringen ble tegnet, gjelder forsikringen bare hvis det antas at forsikringen er tegnet uten tanke på selvmordet.

B.5 Kriminell handling og påvirkning av alkohol eller legemidler

Forsikringen gjelder ikke for forsikringstilfeller som oppstår hvis du som sikret:

- utfører eller bidrar til en kriminell handling som i henhold til norsk lov kan føre til fengsel,
- er påvirket av alkohol eller andre rusmidler, sovepiller, narkotika eller som følge av feil bruk av legemidler.

Forsikringen gjelder heller ikke for skader der det kan antas at den skadelige hendelsen var forårsaket av deg som sikret i en sinnstilstand som nevnt i straffeloven § 20 annet ledd (dvs. under påvirkning av en alvorlig psykisk lidelse).

B.6 Samvirkende årsaker

Erstatningen reduseres forholdsmessig hvis andre forhold, sammen med ulykkesskaden, har medvirket til det forhold som gir rett til utbetaling under forsikringen.

B.7 Forsikring gitt kun med kravet om " Fullt arbeidsdyktig"

Forsikring gitt kun med krav om Fullt arbeidsdyktig (se definisjoner) gjelder, med mindre annet er angitt i Konsernavtalen, som følger:

- Forsikringen dekker ikke eksisterende sykdom eller følger av den, det vil si sykdom som er registrert, behandlet eller kjent av søkeren før forsikringen begynte å gjelde. Gruppeavtalen kan imidlertid inneholde andre regler.

C. BEGRENSNINGER I FORSIKRINGENS GYLDIGHET

C.1 Utenlandsopphold som ikke berøres av begrensninger ved krig, krigslignende handlinger eller politiske uroligheter

Forsikringen gjelder for opphold utenfor EU/EØS i inntil ett år. Forsikringen gjelder også for opphold over hele verden i ubegrenset tidsperiode dersom forsikrede, forsikredes ektefelle, samboer eller registrerte partner er:

- i utenlandstjeneste hos den norske stat, et norsk selskap eller en norsk allmenntilgjengelig forening
- ansatt i utenlandsk virksomhet med fast tilknytning til Norge
- i tjeneste for en sammenslutning av stater som Norge er medlem av
- ansatt i en internasjonal organisasjon med fast tilknytning til Norge
- utvekslingsstudenter
- au pairer.

For at utenlandsoppholdet skal anses avbrutt under midlertidige opphold i Norge og et nytt utenlandsopphold starter, må forsikrede ha vært i Norge i minst 90 dager. Ved en ulykke utenfor Norden gir forsikringen kun erstatning for medisinsk invaliditet, varige arr og dødsfall som inntreffer i direkte forbindelse med ulykken. Det ytes imidlertid erstatning for kostnader som påløper i Norge etter ulykkesskade utenfor Norden.

C.2 Dersom forsikrede flytter til utlandet

Flytter forsikrede til utlandet gjelder følgende:

- Ulykkesforsikring Special kan beholdes dersom forsikrede flytter innenfor Norden

C.3 Krig og krigslignende handlinger mm

Hvis ikke annet er avtalt og fremgår av forsikringsbeviset, er selskapet uten ansvar for skade som skyldes:

- krig eller krigslignende handlinger, enten krig er erklært eller ikke, terrorhandling, opprør eller lignende alvorlige forstyrrelser av den offentlige orden. I utlandet svarer selskapet likevel for skade som skyldes slike årsaker når forsikrede oppholder seg i et område som ble ansett som fredelig før han/hun reiste dit. Dersom ikke annet er avtalt gjelder forsikringen inntil 6 uker etter at krig/alvorlige uroligheter har brutt ut.
- offisielle reiseråd gitt av norske UD (Utenriksdepartementet) er bestemmende for om et område blir ansett som fredelig eller ikke
- deltakelse i krig, væpnet konflikt eller krigslignende politiske uroligheter, herunder militærtjeneste i væpnede styrker utenfor Norge
- terrorhandling som består i farlig spredning av biologiske, kjemiske eller kjernefysiske substanser. Selskapet svarer likevel for dødsfall som skyldes andre typer terrorhandling. Med terrorhandling forstås en rettsstridig skadevoldende handling rettet mot allmenheten, herunder voldshandling eller farlig spredning av biologiske eller kjemiske substanser og som forstås å være utført i den hensikt å utøve innflytelse på politiske, religiøse eller andre ideologiske organer eller for å fremkalle frykt.

C.4 Deltakelse i krig eller opphold i et land der krig eller politisk uro råder

Gruppeforsikringen gjelder ikke for forsikrede som deltar i krig eller politisk uro utenfor Norge.

Forsikringen gjelder heller ikke for forsikringsaker som skjer innen 1 år etter slik deltakelse, og som har oppstått som følge av krig eller politisk uro.

Dersom krig eller uro rammer et område der du som forsikret har opphold, gjelder forsikringen i løpet av den første måneden, forutsatt at du ikke deltar i krigen eller uroen.

C.5 Atomskader

Hvis ikke annet er avtalt og fremgår av forsikringsbeviset, er selskapet uten ansvar for skade som skyldes:

- atomskade – uansett årsak – fra atomsubstans (se atomenergiloven, § 1 c og h). Unntaket gjelder ikke bruk av radioisotoper som angitt i lovens § 1 c, og i samsvar med lov om bruk av røntgenstråler og radium

C.6 Ved flygning

Forsikringen gjelder ikke ved flyulykke om den forsikrede er fører eller har annen funksjon ombord ved:

- Militærflygning
- Avansert flygning eller yrkesrelatert prøveflygning
- Flygning som utføres av flyselskap som ikke har konsesjon i et nordisk land.

C.7 Unntak for profesjonell utøvelse av sport og idrett

Forsikringstilfeller som direkte eller indirekte oppstår på grunn av idrett, sport eller artistutøvelse med innslag av fysisk aktivitet, og hvor sikrede mottar eller antas å motta en årlig inntekt og/eller sponning med minst 0,5 G per år, er ikke dekket av forsikringen.

C.8 Epidemi, pandemi

Forsikringen dekker ikke slik sykdom, eller dens konsekvenser, som Verdens helseorganisasjon (WHO) har fastslått som en epidemi eller pandemi.

C.9 Force Majeure

Forsikringselskapet er ikke ansvarlig for økonomisk tap som kan oppstå hvis saksbehandlingen av forsikringskrav eller betaling av erstatning er forsinket på grunn av krig, politiske uroligheter, lovendringer, myndighetsbestemmelser, konflikter i arbeidslivet eller lignende hendelse av force majeure-lignende natur.

C.10 Pasientskader

Pasientskadeloven inneholder bestemmelser om rett til pasientskedeforsikring og om plikt for helsepersonell til å ha forsikring som dekker slik erstatning. Pasientskadeerstatning for personskaade på en pasient som har oppstått i forbindelse med helsetjenester i Norge er således en sak for pasientforsikring og erstattes ikke etter disse gruppevilkårene.

D. OPPGJØR AV SKADE/FORSIKRING/ ERSTATNINGSOPPGJØR

D.1 Slik krever du erstatning

På vegne av forsikringselskapet behandler Sedgwick Norway AS (heretter kalt Sedgwick) krav om erstatning i henhold til forsikringsavtalen.

Skriftlig melding

Er et forsikringstilfelle inntruffet, skal enhver som mener å ha et krav mot forsikringselskapet, melde ifra uten ugrunnet opphold, og innen ett år etter at sikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet, jf. FAL. § 4-10 tredje ledd og FAL § 18-5 første ledd. Adressen til Sedgwick Norway AS er: P.b. 249, 1372 Asker. Tlf: 64 80 80 72. E-post: personskade@no.sedgwick.com. Kravstiller skal sende inn dokumentasjon og andre opplysninger som er angitt nedenfor, som Sedgwick ber om på vegne av forsikringselskapet, for å vurdere retten til erstatning.

Samtykke

På Sedgwicks anmodning skal forsikrede samtykke til at Sedgwick, på vegne av forsikringsselskapet, innhenter relevante opplysninger om forsikredes helsetilstand. Samtykket må gis på et fullmaktskjema produsert av forsikringsselskapet. Samtykket gjelder kun for vurdering av retten til erstatning. Samtykket innebærer at forsikringsselskapet eller dets partnere får rett til å innhente relevante medisinske opplysninger fra leger, helsestasjoner, sykehus eller andre helseinstitusjoner, samt fra NAV.

D.2 Skademelding og dokumentasjon

Ulykkesskade som kan gi rett til erstatning, skal meldes skriftlig til forsikringsgiver eller dennes samarbeidspartner så snart som mulig.

Den som fremsetter erstatningskrav skal sammen med skademeldingen legge fram legeerklæring, andre dokumenter og opplysninger som forsikringsgiver eller denne samarbeidspartnere anser som viktige for utmålingen av retten til erstatning. Dersom de etterspurte dokumenter og andre opplysninger ikke kommer forsikringsgiveren i hende, kan det medføre at retten til erstatning ikke kan vurderes. Erstatningen kan i så fall reduseres eller ikke utbetales i det hele tatt. Ved dødsfall må de etterlatte innhente dødsattest og skifteattest, samt eventuelt dødsårsaksattest.

Samtykke gitt til forsikringsgiver eller dennes samarbeidspartnere til å innhente nødvendige og relevante opplysninger fra leger, sykehus, andre helseinstitusjoner, NAV eller andre forsikringsselskap for vurdering av deres ansvar, skal gis på forsikringsgivers anmodning.

Vilkår for rett til erstatning ved sykdom eller ulykkesskade er at forsikrede:

- oppsøker lege/tannlege så snart som mulig,
- i løpet av sykdomsperioden er under kontinuerlig medisinsk tilsyn,
- følger legens instruksjoner,
- deltar aktivt i rehabiliteringstiltak anbefalt av NAV/forsikringsgiver/arbeidsgiver og/eller lege,
- ellers følger forsikringsselskapets instruksjoner.

Forsikringsgiver kan be om at forsikrede møter til undersøkelse hos lege eller helseinstitusjon oppnevnt av forsikringsgiver. Kostnader betales i disse tilfellene av forsikringsgiver. Dersom forsikrede ikke følger selskapets anmodning, kan retten til erstatning reduseres, eller bortfalle. Den som krever erstatning for utgifter, må dokumentere kravet i form av originalkvittering.

D.3 Renter

Forsikrede/sikrede har krav på renter i henhold til reglene i fal. § 18-4. Forsømmer den berettigede å gi opplysninger eller utlevere dokumenter, kan han eller hun ikke kreve renter for den tid som går tapt ved dette. Det samme gjelder hvis den berettigede urettmessig avviser fullt eller delvis oppgjør.

D.4 Regress

Selskapet har rett til regress mot ansvarlig skadevolder eller tredje person for utbetalt erstatning, jf. lov om skadeserstatning § 3-7 nr. 3. Kan forsikringstaker forlange at en tredjemann erstatter tapet, trer selskapet ved utbetaling av erstatning inn i forsikringstakers rett mot tredjemann.

D.5 Samordning med bilansvarsloven/ erstatningsrett

Erstatning som kan kreves under bilansvarsloven eller øvrig erstatningsrett, vil komme til fradrag krone for krone i erstatningsoppgjøret.

D.6 Selskapets rett til å motregne i erstatningen

I en erstatning som tilfaller forsikringstakeren, har selskapet rett til å motregne med forfalt premie fra samme eller andre forsikringsforhold med forsikringsgiver, jf. fal. § 18-3.

I erstatning som tilfaller andre enn forsikringstakeren, kan forsikringsgiver motregne med premie fra samme forsikringsforhold som er forfalt i løpet av de siste to år før erstatningsutbetalingen, jf. fal. § 18-3.

D.7 Hvordan erstatningen beregnes

For de forsikringer hvor erstatningen er fastsatt etter folketrygdens grunnbeløp, anvendes det grunnbeløpet som gjelder på oppgjørstidspunktet. Eventuelle forskudd eller delvise utbetalinger trekkes fra dette beløpet.

D.8 Utbetaling av erstatning

Når retten til erstatning er avklart, vil erstatningsutbetalingen foretas senest 30 dager etter at du som forsikret har:

- fulgt forsikringsselskapets anvisninger ved fremsettelse av kravet og,
- innsendt nødvendig og relevant dokumentasjon som det med rimelighet kan bes om for å fastslå forsikringsselskapets erstatningsansvar

Skjer betaling senere enn to måneder etter melding om forsikringstilfellet, betales renter i henhold til fal § 18-4.

Forsømmer sikrede å gi opplysninger eller utlevere dokumenter som nevnt i FAL § 18-1 første ledd, kan han eller hun ikke kreve renter for den tid som går tapt, jf. fal § 18-4 tredje ledd.

D.9 Melding om forsikringstilfelle og foreldelse

Med unntak av dekningen for dødsfall skal sikrede melde ifra snarest mulig og senest innen 1 år etter at den sikrede fikk kunnskap om forhold som begrunner kravet, jf. fal § 18-5. Krav på erstatning foreldes etter 3 år, jf. fal § 18-6. Foreldelsesfristen begynner å løpe fra utløpet av det kalenderår da den sikrede fikk nødvendig kunnskap om de forhold som begrunner kravet.

Har forsikringsgiver avslått et krav om erstatning helt eller delvis, mistes retten til erstatning, med unntak av dekningen for dødsfall, dersom ikke sak er anlagt eller nemndbehandling krevd innen seks måneder etter at sikrede skriftlig fikk melding om avslaget, jf. fal 18-5.

D.10 Forsikringsselskapenes sentrale register – FOSS

Alle skader som meldes et forsikringsselskap kan registreres i Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister (FOSS). Når et forsikringsselskap melder en skade til registeret, får forsikringsgiver oversikt over alle skader som tidligere er meldt på samme kunde, inkludert skader i andre forsikringsselskap. Informasjonen er ikke tilgjengelig for andre enn forsikringsselskapene og kan kun hentes ut i forbindelse med registrering av skade. Det lagres ingen dokumenter i registeret.

Registrerte skader slettes etter 10 år. Den forsikrede har rett til innsyn i registret. Forsikringstaker har innsynsrett i registeret etter personopplysningslovens § 18. Dersom slikt innsyn ønskes, må skriftlig anmodning sendes forsikringsgiver eller Finans Norges Servicekontor, Postboks 2473 Solli, 0202 Oslo.

FOSS gjelder ikke for næringsforsikring.

D.11 Register for forsikringssøkere og forsikrede

Dersom forsikredes helseopplysninger medfører tilleggspremie, reservasjon eller avslag, kan navn, fødselsnummer, forsikringsgiver navn og registreringsdato registreres i "Register for forsikringssøkere og forsikrede" (ROFF). I tillegg registreres søknader om uføreerstatning. Registeret benyttes av forsikringsselskaper tilknyttet Finans Norge (FNO) for å sikre at helsebedømmelsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. Registreringer bli slettet etter 10 år.

Forsikrede har innsynsrett i registeret etter personvernforordningen (GDPR) artikkel 15, jf. personopplysningsloven § 16 om unntak fra retten til innsyn. Dersom slikt innsyn ønskes, må skriftlig anmodning sendes forsikringsgiver eller Finans Norge, Postboks 2473 Solli, 0202 Oslo.

D.12 Andre bestemmelser

D.12.1 Lovvalg

Norsk lovgivning gjelder for forsikringsavtalen i den utstrekning dette ikke er i strid med

lov av 27. november 1992 nr. 111 om lovvalg i forsikring, eller det er gjort annen avtale.

D.12.2 Vernetting

Twister etter forsikringsavtalen avgjøres ved norsk domstol, med mindre det er i strid med ufravikelige regler i gjeldende lovgivning, eller det er gjort annen avtale.

D.12.3 Valuta

Premiebeløp, forsikringssummer og erstatninger med videre som springer ut av forsikringsavtalen, regnes i norske kroner (NOK) dersom ikke annet fremgår av vilkår eller forsikringsbevis.

D.12.4 Lovlige interesser

Forsikringen omfatter kun lovlige interesser som kan verdsettes i penger. Forsikringen omfatter heller ikke interesser som rammes av straffeloven sine bestemmelser om hvitvasking.

D.12.5 Vinningsforbud

Forsikring skal ikke føre til vinning, men skal erstatte det tap som er lidt innenfor rammen av forsikringsavtalen. Forsikringssummen er intet bevis for tingens eller interessens verdi.

D.13 Garantiordning for skadeselskaper

Selskapet er medlem av garantiordningen for skadeforsikring, se lov om banksikring av 12. juni 1996 nr. 75 kap. 2a og forskrift om garantiordning for skadeforsikring av 22. desember 2006 nr. 1617. Ordningen skal være en trygghet for sikrede dersom selskapet ikke kan betale det de plikter i henhold til inngåtte skadeforsikringsavtaler.

E. Ulykkesforsikring Spesial – Ulykkeskade & Medisinsk behandling som følge av ulykkeskade

E.1 Tegningsregler

Forsikringen gjelder hele døgnet, både i arbeids- og fritid. Forsikringen kan tegnes fra fylte 16 år og kan gjelde livsvarig, det vil si så lenge du tilhører den forsikringsberettigede gruppen (har gyldig medlemskap i Diabetesforbundet) og så lenge premien betales.

Dersom forsikrede ikke er medlem av norsk folketrygd, dekkes bare behandlingsutgifter som om forsikrede hadde vært medlem.

Med ulykkeskade menes skade på kroppen forårsaket av en plutselig og uforutsett, ytre fysisk hendelse som inntreffer i forsikringstiden. Ulykkesforsikringen gjelder for ulykkeskader som oppstår i forsikringstiden, og for medisinske utgifter innenfor det offentlige helsevesen.

Dersom ulykkeskaden er erstatningsmessig i henhold til vilkårene, dekker forsikringen medisinsk behandling som gjennomføres i det offentlige helsevesenet, og etter henvisning fra behandlende lege. All privat behandling skal utføres av helsepersonell, behandlere og klinikker som er forhåndsgodkjent av forsikringsgiver. Helse delen er for planlagt behandling og ikke for akutte skader.

E.2 Utgifter til lege (Ulykke)

Forsikringen dekker nødvendige og rimelige utgifter til konsultasjon og behandling hos lege, sykehus samt relevant og adekvat behandling og hjelpemidler foreskrevet av lege for helbredelse av skaden. Forsikringen dekker behandling utført av offentlig helsevesen og maksimalt inntil folketrygdens egenandelssatser. Dersom forsikrede har fått henvisning til fysioterapeut, men velger alternativ behandling, dekkes behandlingsutgifter som tilsvarer det utgifter/satser til fysikalsk behandling med offentlig diftstilskudd. Forsikringen dekker behandlingsutgifter i maksimalt 3 år for medisinske utgifter regnet fra skadetidspunktet. Ulykkeskade som medfører medisinsk invaliditet, men hvor endelig oppgjør ikke kan skje innen 3 år, dekkes behandlingsutgifter inntil slutt oppgjør kan finne sted. Dersom det er utbetalt menerstatning ytes det ikke tilleggsforsikringserstatning for medisinske utgifter.

E.3 Reisekostnader (Ulykke)

Ved behandling foreskrevet av lege for nødvendig og rimelig behandling av skaden, dekkes reiseutgifter til/fra behandling. Forsikringen dekker reiseutgifter som ikke dekkes av NAV eller andre. Reiseutgifter dekkes for det rimeligste transportmiddelet som forsikredes helsetilstand tillater. Reiseutgifter til/fra medisinsk behandling dekkes i i maksimalt inntil 3 år regnet fra skadetidspunktet.

Ulykkeskade som medførte medisinsk invaliditet, men hvor slutt oppgjør ikke kunne skje innen 3 år, dekkes reiseutgifter til/fra medisinsk behandling inntil slutt oppgjør kan finne sted. Dersom det er utbetalt menerstatning, ytes det ikke tilleggsforsikringserstatning for reiseutgifter.

E.4 Utgifter til tannlege (Ulykke)

Forsikringen dekker nødvendige og rimelige utgifter til behandling av tannskade ved ulykkeskade. Skader på implantater og proteser som var på plass i munnen da den ble skadet, regnes også som tannskade.

Alle kostnader til behandling av tenner skal forhåndsgodkjennes av forsikringsgiveren. Utgifter til tannbehandling dekkes inntil 5 år fra skadetidspunktet. Eventuell tannbehandlingen som må utsettes til etter 5-års dagen, skal forhåndsgodkjennes av forsikringsgiveren. Dersom sluttbehandling av tannskade har funnet sted og utgiftene er refundert, ytes ingen ytterligere forsikringserstatning.

Dersom behovet for tannbehandling var til stede på det tidspunktet tannskaden inntraff, vil dette hensyntas. Det er kun utgifter til tannbehandling som skyldes ulykkesskaden, som dekkes av forsikringen.

E.5 Tilleggs kostnader (Ulykke)

Dersom forsikrede må behandles av tannlege eller lege på grunn av utilsiktet skade, ytes forsikringserstatning for:

- a) rimelige uunngåelige merkostnader som påløper som følge av ulykkesskaden, i skadens akutte helbredelses- og behandlingsperiode ytes forsikringserstatning med inntil 1,5 G.
- b) klær og andre personlige eiendeler som er blitt skadet i ulykken, f.eks. sykkelhjelmer, briller og sko ytes forsikringserstatning med inntil 0,25 G.

Alderstabellen nedenfor brukes av forsikringsgiver for utregning av erstatning for personlige eiendeler. Tabellen viser verdien i prosent av nypris avhengig av eiendelenes alder.

Alder	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5 år eller eldre
Prosent	100	80	60	40	20	0

Forsikringen dekker ikke merkostnader som påløper i næringsvirksomhet, kun merkostnader som privatperson dekkes.

E.6 Rehabilitering og hjelpemidler (Ulykke)

Ved behov for endringer i bomiljø, endringer i andre levekår eller spesielle hjelpemidler på grunn av ulykkesskaden ytes forsikringserstatning med maksimalt inntil 1 G. Utgiftene må være nødvendige og rimelige, og påløpt etter det tidspunkt behandlingen var akutt. Utgiftene skal forhåndsgodkjennes av forsikringsgiver.

Med rehabiliterende behandling menes her tiltak av medisinsk art, pleie, behandling, trening eller omskolering som gjøres etter den akutte behandlingsperioden for å redusere uførhet og forbedre funksjonsevnen. Tiltak som tar sikte på å opprettholde funksjonsevnen som sikrede fikk etter ulykkesskaden regnes ikke som rehabilitering, såkalt vedlikeholdsbehandling regnes ikke som rehabilitering. Det kreves også at rehabiliteringen er tidsbegrenset.

Det kan gis kompensasjon for utgifter til:

- omskolering, arbeidstrening og prøvetid (kompetansehevede opplæring refunderes ikke),
- nødvendig og rimelig behandling etter henvisning av behandlende lege, maksimalt inntil 10 behandlinger. Henvisningen kan ikke være eldre enn 6 måneder, og må godkjennes av forsikringsgiver før behandlingen kan starte,
- utgifter av engangskaraktter som endringer i hovedbomiljø og andre boforhold som er ment for at sikrede skal kunne leve et så normalt liv som mulig. Standardhevede tiltak som fører til økte kostnader refunderes ikke,
- hjelpemidler med sikte på å øke forsikredes mulighet til å bevege seg og redusere en eventuell fremtidig uførhet.

Dersom forsikringen allerede har gitt erstatning for medisinsk invaliditet, gir forsikringen ikke tilleggserstatning for hjelpemidler.

E.7 Invaliditet (Ulykke)

Medisinsk invaliditet er en fysisk og/eller psykisk funksjonsnedsettelse. Funksjonsnedsettelsen skal kunne fastsettes objektivt av relevant spesialist, uavhengig av arbeidsforhold, yrke eller fritidsaktiviteter.

Økonomisk invaliditet er et medisinsk objektivt tap av arbeidsevne forårsaket av en ulykke. Arbeidsevnen skal være varig nedsatt med minst 50 % når alle muligheter for andre yrker er prøvd.

Dersom forsikrede for samme skade har krav på erstatning for både medisinsk og økonomisk invaliditet, utbetales kun den høyeste av erstatningene. Dersom det er utbetalt erstatning for medisinsk invaliditet, trekkes denne i erstatningen for økonomisk invaliditet. Det utbetales aldri forsikringserstatning for invaliditet som forelå før forsikringens startdato.

E.8 Medisinsk invaliditet (Ulykke)

Når kroppsfunksjonen på grunn av ulykkesskaden har gått over til en varig, men ikke livstruende tilstand og medført varig svekkelse av forsikredes kroppsfunksjon, utbetales menerstatning. Dette skjer tidligst 1 år fra ulykken inntraff.

Fastsettelse av endelig invaliditetsgrad skal om mulig skje innen 3 år etter ulykkesskaden, men kan utsettes så lenge dette er nødvendig etter medisinsk erfaring.

Medisinsk invaliditet fastsettes etter Sosial- og Helsedepartementets invaliditetstabell i forskrift av 21. april 1997, del II og III, samt veilederen som gjelder ved bruken av denne. Ved vurdering av invaliditetsgrad tas det hensyn til protesefunksjon dersom forsikredes funksjonsevne forbedres ved bruk. Det samme gjelder korrigerende av syns- og hørselshemninger, som kan gjøres ved hjelp av briller, kontaktlinser og høreapparater. Vurderingen foretas uavhengig av i hvilken grad forsikredes arbeidsevne er svekket.

Hvordan erstatningen beregnes

Forsikringsbeløpet for medisinsk invaliditet fremgår av forsikringsoppgaven, dog maksimalt 7 G og er likt maksimalt erstatningsbeløp frem til fylte 65 år. Fra fylte 65 år halveres forsikringsbeløpet og er da maksimalt 3,5 G.

Erstatning utbetales med så mye av forsikringsbeløpet som tilsvarer graden av medisinsk invaliditet. Invaliditetsgrad som utgjør 80 % eller mer erstattes med 100 % av forsikringssummen. Dersom ulykken har forårsaket skade på flere kroppsdelar slik at invaliditetsgraden totalt overstiger 100 prosent, er forsikringsbeløpet begrenset til 100 prosent.

E.9 Arbeidsuførhet (Ulykke)

Forsikringsavtalen sier om økonomisk uførhet er inkludert eller ikke, og at det fremgår av forhåndskjøpsopplysningene som er produsert for hver avtale.

Dersom arbeidsuførhet er inkludert, gjelder den senest til og med måneden før du som forsikret fyller 65 år. Forsikringsbeløpet for arbeidsuførhet er maksimalt 3,5 G.

Retten til økonomisk uførhet kan prøves når følgende vilkår er oppfylt:

- Ulykkesskaden har medført en målbar medisinsk invaliditet.
- Arbeidsevnen er varig og varig redusert til minst 50 prosent.
- Ulykkesskaden er årsaken/har medført tap av arbeidsevne.
- Alle muligheter for arbeid i et annet yrke er prøvd.

Forsikringsgiver forbeholder seg retten til å innhente ytterligere uavhengige uttalelser og/eller be om at forsikrede gjennomgår en medisinsk undersøkelse av en oppnevnt spesialist.

Hvorvidt NAV har innvilget sykepenger eller arbeidsavklaringspenger, er forhold som ikke er avgjørende for forsikringsgiverens erstatningsvurdering.

Erstatning for arbeidsuførhet utbetales tidligst 2 år fra ulykkesskadetidspunktet, og/eller tidligst når forsikrede fyller 19 år.

Fastsettelse av uførhetsgrad

Om mulig skal endelig uføregrad fastsettes innen 5 år fra ulykkesskadetidspunktet. Fastsettingen kan imidlertid utsettes så lenge det er mulighet for arbeidsavklaringspenger.

Fastsettelsen av uføregraden er basert på det medisinske objektive tap av arbeidsevne som ulykken medfører. Dette betyr at det kun er ulykkesskadedelen av arbeidsuførheten som skal vurderes og forsikringen erstatter kun denne delen. Dersom sikrede har fått flere skader ved ulike anledninger, må én av disse skadene alene medføre en varig reduksjon på minst 50 % av full arbeidsevne, for at sikrede skal ha rett til erstatning. Med full arbeidsevne menes forsikredes evne til å utføre arbeid tilsvarende en heltidsstilling.

Eksisterende syke- eller aktivitetserstatning ved ulykkesskade

Dersom forsikrede på skadetidspunktet mottok sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller annen tilsvarende ytelse fra NAV pga. varig arbeidsuførhet, ytes det en maksimal økonomisk uføreerstatning som tilsvarer tap av gjenværende arbeidsevne. Det er kun ulykkens del av arbeidsuførheten som skal vurderes og forsikringen erstatter kun denne delen.

Regler for de over 60 år

Dersom arbeidsuførhet inntreffer etter at forsikrede har fylt 60 år, gir forsikringen rett til erstatning bare dersom arbeidsuførheten som følge av ulykkesskaden utgjør minst 50 %. Samme forhold gjelder selv om den forsikrede var varig arbeidsufør i noen grad før fylte 60 år og ble fullstendig varig arbeidsufør etter fylte 60 år. Etter fylte 65 år ytes det ikke erstatning for arbeidsuførhet.

Hvordan erstatningen beregnes

Forsikringssummen for arbeidsuførhet er maksimalt 3,5 G og fremgår av forsikringsmeldingen i gruppeavtalen, på den avtalespesifikke forhåndskjøpsinformasjonen.

E.10 Permanente arr (Ulykke)

Erstatning for arr som gjenstår 2 år etter bekreftet og godkjent ulykkesskade som er oppstått i forsikringsgiverens ansvarsperiode, kan gi erstatning, og erstatning utbetales i henhold til forsikringsgivers fastsatte tidsplan. Et absolutt krav for å gi erstatning er at skaden er så alvorlig at det har vært nødvendig med medisinsk behandling. Med behandling menes her at legen foretar en del behandling, for eksempel at såret skal sys. Erstatning ytes i prosent av forsikringsbeløpet som gjelder medisinsk invaliditet. Arrkompensasjon gis ikke for kosmetiske arr, og ikke etter fylte 65 år.

E.11 Erstatning ved dødsfall (Ulykke)

Dersom dødsfallet på grunn av en ulykkesskade inntreffer innen 3 år fra skadetidspunktet, utbetales dødserstatning til sikredes dødsbo. Forsikringssummen for dødsfallserstatning er 1 G til 65 år, og fra 65 år er dødsfallserstatningen 0,25 G. Det ytes forsikringserstatning for medisinsk invaliditet dersom dødsfallet inntreffer etter at 1 år har gått fra den dagen ulykkesskaden inntraff. Forsikringserstatningen utbetales etter den medisinske invaliditet som anses å ha foreligget da dødsfallet inntraff. Forsikringserstatningen utbetales til sikredes dødsbo.

E.12 Krisehjelp (Ulykke)

En forsikret som har lidd av en traumatisk tilstand er dekket av retten til psykologisk konsultasjon som følge av:

- erstatningsberettiget utilsiktet skade i henhold til disse betingelsene,
- død av en nær slektning (foreldre, søsken, mor/besteforeldre, ektefelle, partner, barn av den forsikrede),
- politianmeldte ran, trusler, voldtekt eller overfallsskader mot deg som er forsikret

Krisemomentet gjelder forsikrede som privatperson (det vil si ikke for skader som har oppstått under arbeid). Forsikringen dekker reiseutgifter til og fra ovennevnte krisebehandling. Gjennom krisefasen erstattes maks 10 behandlinger per forsikret person og skade. Behandling bestilles av sikrede og må forhåndsgodkjennes av forsikringsgiver.

E.13 Helseforsikring som følge av ulykker med henvisningsplikt

E.13.1 Hva helsevesenet refunderer

Helseforsikring gir tilgang til privat helsevesen, og forsikringen dekker utgifter til operasjoner og andre honorarer til leger i forbindelse med sykehusbehandling. Forsikringen erstatter omsorgsprosesser som tar sikte på å kurere eller forbedre den medisinske tilstanden. Konsultasjoner med spesialist og generelle forberedende og nødvendige undersøkelser, tester og prøvetaking, erstattes kun i direkte og umiddelbar tilknytning til behandlingen, normalt ikke lenger enn 6 måneder fra skadens inntreden, dersom de er forhåndsgodkjent av forsikringsgiver og er vurdert som rimelig og relevant for å få klarhet i hva den forsikrede lider av eller for å kontrollere en utført behandling. Gjeldende godtgjørelse vises i gjeldende godtgjørelsesoversikt. Noen behandlinger er kun tilgjengelig i offentlig omsorg og kan derfor ikke bestilles av oss.

E.13.2 Behandling og krav til henvisning

Forsikringen gjelder med krav om henvisning og henvisningen skal være utstedt av lege og skal ikke være eldre enn tre måneder. Skriftlige krav skal fylles ut og sendes inn og referanse skal vedlegges og adressen til skadeselskapet er: Sedgwick Norway AS er: P.b. 249, 1372 Asker. Tlf: 64 80 80 72. E-post: personskade@no.sedgwick.com. Forutsatt at hendelsen som har inntruffet er å anse som en ulykkesskade i henhold til dette forsikringsvilkåret og forutsatt at det foreligger en henvisning, har Sedgwick Norway AS mulighet til å forhåndsgodkjenne privat medisinsk behandling.

E.13.3 Transportkostnader

Forsikringen dekker sikredes nødvendige og rimelige reise- og oppholdsutgifter med maksimalt NOK 1.500 per dag dersom behandlingen som tilbys av forsikringen ligger lenger enn 100 km unna sikredes faste bopel. Reisekostnader for avstander kortere enn 100 km refunderes ikke. Dersom forsikrede skal gjennom en større operasjon, kan forsikringen også dekke reise- og oppholdsutgifter til en nærstående (gjelder for én person). Før reisen starter skal forsikringsgiver kontaktes for godkjenning. Alle transportkostnader og overnattingskostnader skal alltid forhåndsgodkjennes av forsikringsgiver. Det gis refusjon for den billigste reisemåten helsetilstanden tillater.

E.13.4 Helsepersonell og behandlingsmetoder

Leger, spesialister osv. som yter behandling må være autorisert i landet der de utøver yrket sitt. I tillegg skal metoden være godkjent av helsemyndighetene i landet der behandlingen foregår. Behandlingsmetoder som mangler støtte i vitenskap og dokumentert erfaring erstattes ikke. Behandlingsmetoder som ennå ikke er godkjent av helsemyndighetene, men som er under vitenskapelig etterforskning, kan kun refunderes dersom de er forhåndsgodkjent av forsikringsgiveren, og hvis de er i forsikringsselskapets helseleverandørnettverk.

E.14 Refusjonsoversikt - Helseforsikring med henvisningskrav

Erstatningen kan ikke i noe tilfelle overstige fakturabeløpet. Dersom forsikrede mottar erstatning fra forsikringsgiver i tillegg til det beløpet han/hun har krav på, plikter forsikrede å tilbakebetale det overskytende beløp uten opphold. Eventuelle senere utbetalinger til forsikringsgiver avskrives først mot slike utestående krav. Ellers vil forsikringsgiver gjøre opp det overskytende beløpet i andre transaksjoner mellom partene. Refusjonsbeløp er begrenset til normale, vanlige og rimelige kostnader i regionen eller landet der behandlingen gis. Vedrørende kostnader påløpt utenfor Norge: Det er en begrensning på maksimal forsikringssum, jf. punkt E.15

Sykehusinnleggelse, operasjon, behandling mm. etter henvisning	
Sykehusinnleggelse ekskl. behandlinger, per sengedøgn	100 %
Innleggelse på intensivavdeling, ekskl. behandlinger	100 %
Operasjoner	100 %
Når sykehus eller klinikk benytter fast dagspris, inkl. behandlinger og operasjoner, per seng og dag	100 %
Laboratorie- og røntgenundersøkelse, skanning og annen legebehandling ved innleggelse:	100 %
Ved før- og etterbehandling, samt kontroller som rekvireres av lege etter operasjon/behandling og som er forhåndsgodkjent av forsikringsgiver, gis erstatning i maksimalt 6 måneder fra første behandlingsdag Benyttes i stedet offentlig helsevesen dekkes forsikredes egenandeler inntil folketrygdens egenandelssatser.	100 %
Rekonstruktiv kirurgisk behandling etter ulykkesskade. Behandlingen skal være forhåndsgodkjent av forsikringsgiver.	100 %
Spesialistbehandling, diagnose, forberedende undersøkelse og etterbehandling etter henvisning	
Konsultasjon hos spesialist*	100 %
Laboratorieundersøkelse, røntgenundersøkelse og skanning*	100 %
Andre undersøkelser rekvirert av spesialist*	100 %
*Skal være forhåndsgodkjent av forsikringsgiver	
Fysikalsk behandling, behandling hos kiropraktor samt naprapat	
Behandling hos godkjent fysioterapeut*	100 %
Behandling hos godkjent kiropraktor og naprapat*	100 %
*Behandlingen skal vara forhåndsgodkjent av forsikringsgiver. Dekker maks inntil 10 behandlinger per skade.	
Fysikalsk behandling/kiropraktorbehandling, behandling etter sykehusinnleggelse/operasjon	
Forsikringen kan i tillegg til de 10 behandlingene ovenfor, dekke fysikalsk behandling og/eller behandling hos kiropraktor etter henvisning fra lege/spesialist, til nødvendig behandling i etterkant av operasjon, i maksimalt inntil 4 måneder fra første behandlingsdag.	100%

E.15 Refusjonsbeløp – Helseforsikring med henvisningskrav

Forsikringen dekker maksimalt NOK 2 000 000 per forsikret per år.

E.16 Behandlingsgaranti – Helseforsikring med henvisningskrav

Behandlingsgaranti – Forsikringsgiver gir garantierstatning for ett og samme krav dersom forsikrede ikke kommer i kontakt med legespesialist innen 6 virkedager eller en godkjent operasjon formidlet av forsikringsgivers samarbeidspartner ikke gjennomføres innen 20 virkedager, forutsatt at følgende er oppfylt:

- at henvisningen er gitt av lege og/eller spesialist,
- at forsikringsgiveren ble kjent med henvisningen eller resepten,
- at forsikringsgivers samarbeidspartner har innhentet nødvendig medisinsk dokumentasjon for å kunne godkjenne operasjonen, og at forsikringssaken er erstatningsberettiget og medisinsk begrunnet.

Garantien gjelder ikke dersom forsikrede ikke kan opereres av medisinske årsaker, eller uteblir fra bestilt behandling eller avslår bestilt tid for operasjon. Behandlingsgaranti gjelder behandling og tilbud innenfor forsikringsgivers omsorgsleverandørnettverk, som er tilgjengelig i privat helsesektor.

Dersom behandlingsgarantien ikke oppfylles, får forsikrede et engangsbeløp per dag:

- fra 7. virkedag til dato for spesialistlegekontakt, eller
- fra 21. dag til dato for registrering for operasjon eller annen behandling ved privat sykehus.

Garantikompensasjonen er NOK 500 per dag, men maksimalt NOK 10 000.

E.17 Ansvarstid og forsikringstid – Helseforsikring med henvisningsplikt

Ansvarstiden, det vil si den lengste perioden det kan ytes erstatning for en skade, er 2 år fra tidspunktet for forsikringstilfellet så lenge forsikringen er i kraft. Opphører forsikringen å gjelde, opphører ansvarsperioden og dermed også erstatningen. For forsikringskontrakter uten mulighet for ytterligere forsikring og/eller fortsattelsesforsikring for sikrede pga nådd endelig alder, er ansvarsperioden for pågående skade 3 måneder fra siste gyldighetsdato for forsikringen. Dersom forsikring tegnet av arbeidsgiver eller organisasjon blir stående ubetalt under et pågående skadetilfelle, er ansvarsperioden 1 år regnet fra første meldingsdag. Flere skader med medisinsk tilknytning regnes som samme skade.

E.18 Kostnader som dekkes på annen måte

Forsikringen dekker ikke kostnader som dekkes på annen måte, for eksempel via annen forsikring (for eksempel pasientskadeerstatning eller bilansvars-/yrkesskedeforsikring).

E.19 Krav om henvisning

Forsikringen gjelder med krav om henvisning og henvisningen skal være utstedt av lege og skal ikke være eldre enn tre måneder. Skriftlige krav skal fylles ut og sendes inn og referanse skal vedlegges og adressen til skadeselskapet er: Sedgwick Norway AS er: P.b. 249, 1372 Asker. Tlf: 64 80 80 72. E-post: personskade@no.sedgwick.com. Forutsatt at hendelsen som har inntruffet er å anse som en ulykkesskade i henhold til dette forsikringsvilkåret og forutsatt at det foreligger en henvisning, har Sedgwick Norway AS mulighet til å forhåndsgodkjenne private pleieutgifter.

E.20 Begrensninger i retten til erstatning – Helseforsikring

Forsikringen gjelder ikke for behandling som ikke følger et forventet normalforløp etter en ulykkesskade. Dersom det på ulykkesskadetidspunktet forelå forhold som sykdom, sykkelig forandring, fysisk eller psykisk funksjonshemming, eller disse oppstod senere uten sammenheng med ulykkesskaden, gjelder følgende;

Dersom det kan antas at andre forhold førte til forverring av ulykkesskadens følger, ytes det kun erstatning for de følger som utelukkende er forårsaket av ulykkesskaden.

Dersom ikke annet er angitt i forsikringsmeldingen, gjelder ikke forsikringen for eksisterende sykdom, det vil si sykdom som er registrert, behandlet eller kjent for sikrede før forsikringen begynte å gjelde.

Forsikringen erstatter behandlinger som tar sikte på å varig forbedre og/eller helbrede den forsikredes tilstand. Forsikringsgiver er heller ikke ansvarlig for erstatning av utgifter som relaterer seg til, skyldes eller har oppstått som følge av:

- forebyggende behandling
- pleie og behandling av en diagnostisert kronisk skade eller en skade som ikke kan behandles, som krever livslang behandling
- forsettlig selv påført kroppsskade
- alle former for eksperimentell behandling
- tannpleie og tannkirurgiske operasjoner inkludert biteskinner, uavhengig av årsak
- behandling hos naturlege eller homeopat samt medisiner med naturmedisin eller homøopatiske preparater og andre alternative behandlingsmetoder
- medisinsk sertifikasjon
- helseattest
- behandling utført av forsikrede, hans/hennes partner eller foreldre eller et selskap eid av noen av nevnte personer
- epidemier der innsatsen ledes av offentlige myndigheter
- synskorreksjon og synskorreksjonsbehandling
- taleterapeut

- avtalt besøk, behandling eller operasjon ved mottak, sykehus eller klinikk hvor sikrede ikke møtte, og ikke har avbestilt til forsikringsgivers samarbeidspartner senest 24 timer før behandlingstidspunkt. Kostnaden belastes i slike tilfeller forsikrede.
- profesjonell idrett
- organtransplantasjon
- rekonvalesens
- forebyggende helsesjekker
- permanente medisinske hjelpemidler, f.eks. høreapparat, fotsenger, briller, linser m.m
- tapt arbeidsfortjeneste
- forverring av helsetilstanden som ifølge medisinsk erfaring skyldes misbruk av alkohol, narkotiske stoffer, narkotika klassifisert som narkotiske stoffer, sovemedisiner, dopingpreparater eller misbruk av andre rusmidler.

F. BISTAND I KLAGESAKER

F.1 Ved tvist

Ved tvist om forsikringsavtalen eller oppgjøret har du rett til å klage på vår behandling og beslutning i en sak. Ønsker du å benytte deg av denne rettigheten ber vi deg kontakte selskapet via Vitea Life AB:

Vitea Life AB, Vasagatan 28, 111 20 Stockholm, Sverige

E-post: admin@vitealife.se (vi fraråder å sende sensitive personopplysninger pr. e-post)

Hvis du mener selskapet har gjort feil ved behandlingen av en sak, og dette ikke blir avklart gjennom den vanlige saksbehandlingen, kan du ta kontakt med:

Finansklagenemnda

Postboks 53 Skøyen, 0212 OSLO E-post: post@finkn.no (Vi fraråder å sende sensitive personopplysninger på e-post.)

Finansklagenemndas virksomhet omfatter alle forsikringsbransjer, også forsikringer som gjelder næringsvirksomhet. Det koster ikke noe å søke råd hos kontoret.

G. BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Forsikringsgiver behandler personopplysninger i overensstemmelse med gjeldende personvernregelverk.

Personopplysninger er opplysninger som kan knyttes til en identifisert eller identifiserbar fysisk person som for eksempel navn, adresse, fødselsnummer, e-postadresse og/ eller bilnummer. Slike opplysninger kan være nødvendig for oss å behandle for at vi skal kunne betjene deg som kunde i forbindelse med opprettelse og administrering av forsikringsordninger.

Vi vil ikke utlevere personopplysninger om deg til andre uten at dette er uttrykkelig fastsatt i lov eller vi i forkant av utleveringen har innhentet samtykke fra deg. Personopplysninger og andre opplysninger om forsikringsforholdet vil bli utlevert til offentlige myndigheter (skatteetaten, arbeids- og velferdsetaten (NAV), politiet eller andre offentlige etater) når dette følger av lovbestemt opplysnings- eller utleveringsplikt.

Vi oppbevarer ikke personopplysninger lenger enn nødvendig. Personopplysningene dine vil derfor slettes umiddelbart behandlingsformålet opphører.

Dersom vi behandler personopplysninger om deg har du visse rettigheter hva gjelder rett til innsyn, retting av uriktige personopplysninger, sletting av personopplysninger og dataportabilitet. Ønsker du mer informasjon om dine rettigheter se personvernerklæring på vår hjemmeside www.diabetes.no/mer/medlemsfordeler/medlemsforsikring/

Ønsker du å innfri dine rettigheter som registrert, eller har spørsmål vedrørende vår behandling av personopplysninger kan du kontakte vårt personvernombud ved å sende en e-post til diabetesnorge@fuab.com

Europaparlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og fri utvekslinger av slike opplysninger (GDPR). Bestemmelsene regulerer gjennomførelsen av avtaler eller forpliktelser som oppstår i henhold til lov eller forskrifter. Personopplysningsdataene kan brukes til markedsanalyser, statistikk og til å evaluere tjenester og produkter. Videre kan dataene brukes til å informere om forsikringsselskapets tjenester og produkter. Personopplysninger kan utleveres til andre selskaper som forsikringsselskapet samarbeider med både innenfor og utenfor EU og EØS. Forsikringsselskapet kan registrere eller på annen måte dokumentere den enkeltes kommunikasjon med selskapet. All behandling av personopplysninger vil bli gjort med stor forsiktighet for å beskytte den enkeltes personvern. Personopplysninger vil derfor kun være tilgjengelige for personer som trenger tilgang til dataene for å utføre sitt arbeid. Videre vil dataene bare bli gjort tilgjengelig i den grad det er nødvendig for de ovennevnte formålene. Hvis du vil ha informasjon om hvilke personopplysninger forsikringsselskapet og dets reassurandører behandler om deg, kan du sende inn eller sende en skriftlig forespørsel til: Behandlingsansvarlig: Knif Forsikring AS (c/o Vitea Life AB, Vasagatan 28, SE-111 20 Stockholm, Sverige.) Du har også rett til å informere skriftlig om at personopplysningene dine ikke skal benyttes til direkte markedsføring.

H. DEFINISJONER/ORDLISTE

Akuttmedisinsk behandling: Akuttmedisinsk behandling refererer til behandling gitt ved sykdom og/eller utilsiktet skade som krever øyeblikkelig behandling, for eksempel benbrudd, bryst- eller magesmerter.

Ansvarstid: Den perioden forsikringen gir erstatning for godkjent skade.

Arbeidsuførhet: Arbeidsuførhet betyr at den forsikredes arbeidsevne er blitt helt eller delvis nedsatt på grunn av sykdom eller ulykkeskade og har rett til trygdeytelser fra NAV. Reduksjonen vurderes normalt etter trygdeloven (2010:110) med mindre annet er angitt. For å fastsette retten til erstatning har forsikringsgiver rett til å kreve at forsikrede blir undersøkt av en særskilt oppnevnt lege.

Arbeidstid: Arbeidstid er slik tid i virksomhet hos arbeidsgiver, eller som selvstendig næringsdrivende, som omfattes av lov om arbeidsskadeforsikring. Reise til og fra jobb regnes også som arbeidstid.

Varig arbeidsuførhet: Arbeidsuførhet som av forsikringsgiver vurderes som livsvarig.

Eksisterende sykdom: Eksisterende sykdom gjelder når sykdomsforløpet, herunder sykdommer og plager, er blitt kjent for sikrede eller som sikrede burde ha kjent til ved inngåelsen av forsikringsavtalen. Eksisterende sykdom kan ha sammenheng med arbeidsevne og kan påvirke retten til å melde seg inn i forsikringen.

Fullt arbeidsdyktig: For å anses som fullt arbeidsdyktig, kreves følgende:

- kunne utføre sitt vanlige arbeid uten begrensninger
- ikke vært sykemeldt i mer enn 14 dager de siste 90 dagene
- ikke i noen grad motta sykepenger fra arbeidsgiver eller ytelser fra NAV (sykepenger, arbeidsavklaringspenger, uførepensjon eller annen lignende kompensasjon), ikke ha spesialtilpasset arbeid eller lønnstilskudsarbeid, og heller ikke ha en pågående eller suspendert arbeidsskadelivrente.

Fysisk sykdom: Fysisk sykdom betyr sykdom av fysisk (ikke psykisk) art.

Forhåndsdekning: Den premiefrie forsikringsdekningen som et nytt gruppe medlem automatisk kobles til uten søknad, og som gjelder under forutsetning av at forsikrede er fullt arbeidsfør.

Forsikret: Den personen hvis liv eller helse en forsikring gjelder.

Forsikringsbevis: Opplysninger som forsikringsgiver etter loven skal gi sikrede etter at en kollektiv forsikring er kunngjort, og som skal inneholde viktig informasjon om tegnede forsikringer, deres omfang og om viktige begrensninger i forsikringsdekningen.

Forsikringsavtale: En avtale om forsikringsdekning inngått mellom forsikringstaker og forsikringsgiver. En forsikringsavtale for gruppeforsikring er basert på en gruppekontrakt og inkluderer informasjon om forhåndskjøp og forsikringssøknaden, disse forsikringsvilkårene, utstedt forsikringsvarsel og forsikringsavtaleloven (FAL) og øvrig lovgivning.

Kvalifisert gruppe: Gruppen spesifisert i en gruppeavtale og som det er anskaffet gruppeforsikring for.

Forsikringsmegler: Med forsikringsmegler menes en som presenterer eller foreslår forsikringsavtaler til potensielle forsikringstakere og utfører annet forberedende arbeid før forsikringsavtale inngås med et forsikringselskap. Forsikringsmegler for denne forsikring er Försäkringsutveckling Sverige AB/FUAB, www.fuab.com.

Forsikringsgiver: Forsikringsgiver er det norske forsikringsselskapet Knif Trygghet Forsikring A/S. Forsikringsselskapet er representert ved fullmakt i Sverige av sitt svenske datterselskap Vitea Life AB, org. Nei. 559321-3126, som selv på egen risiko formidler forsikring på vegne av forsikringsgiver.

Forsikringstaker: En fysisk eller juridisk person som har tegnet Gruppeforsikring.

Forsikringstid: Tiden forsikrede er dekket av forsikringen.

Forsikringstid: Hver gruppe har enten felles hovedforfall for alle forsikringer eller individuelt hovedforfall for hver forsikring. For nytilkomne kunder i konsernet med felles hovedforfall er første forsikringsperiode tiden som gjenstår frem til konsernets hovedforfall. Hver forsikringsperiode vil deretter være på tolv måneder.

Forsikringstilfelle/skadesak: Forsikringstilfellet reguleres etter de til enhver tid gjeldende forsikringsvilkår. En forutsetning for rett til erstatning er at tidspunktet for forsikringstilfellet er i forsikringstiden og at premien er betalt.

Begunstiget: Den eller de som etter forsikringsvilkårene eller særskilt begunstiget pålegg har rett til å motta erstatning fra livsforsikring ved sikredes død.

Konsern: Selskapet, organisasjonen eller foreningen som inngikk konsernavtale med forsikringsgiver.

Gruppeavtale: Den avtale som er inngått mellom forsikringsgiver og en representant for en bestemt gruppe og som definerer gruppen og utgjør en forutsetning for Gruppeforsikring og dens fortsatte gyldighet.

Konsernrepresentant: Den som representerer Konsernet og som er angitt i Konsernavtalen.

Gruppemedlem: En person som etter Gruppeavtalen er omfattet av eller har rett til å søke Gruppeforsikring.

ICD-kode: ICD-kodene som er oppført refererer til den internasjonale statistiske klassifiseringen av sykdommer og helseproblemer ICD-10, etablert av Verdens helseorganisasjon. ICD må også brukes hvis klassifiseringen endres eller hvis diagnosekoder endres eller legges til. Klassifiseringen er tilgjengelig på Socialstyrelsens hjemmeside (www.sos.se) Ikke-behandlingsbar sykdom/Kronisk sykdom: Behandling av plager, hvor legene vurderer at sykdommen/skaden/plagen ikke kan behandles, eller hvor sikredes sykdom krever livslang behandling, men behandling er inkludert inntil kronisk sykdom eller skade er diagnostisert.

Karensperiode: Den sammenhengende sykdomsperioden i forsikringstiden som må vare før sikredes rett til erstatning begynner.

Ektefelle: Den som forsikrede er gift med. Ektefellebegrepet omfatter også registrert partner.

Medforsikret: Gruppemedlems ektefelle, registrerte partner eller samboer og som i den egenskap dekkes av Gruppeforsikringen.

Merkostnader: Med merkostnader menes kostnader som er direkte forårsaket av ulykkesskaden og som ellers ikke ville ha oppstått.

Offentlig behandling: Med offentlig behandling mener vi slik behandling der tilskuddet til behandlingsskostnader gis med offentlige midler.

Ulykkesskade: Med ulykkesskade menes skade på kroppen forårsaket av en plutselig og uforutsett, ytre fysisk hendelse som inntreffer i forsikringstiden.

Pasientgebyr: Personlig gebyr som kravstiller betaler i offentlig helsevesen eller primærhelsetjenesten.

Privat behandling: Med privat behandling mener vi behandling som ikke er finansiert med offentlige midler.

G = folketrygdens grunnbeløp: Grunnbeløpet er et tall som blir bruk til å beregne mange av NAVs utbetalinger. Beløpet blir oppdatert 1. mai hvert år og blir bestemt av Stortinget etter trygdeoppgjøret.

Henvisning: Henvisning viser til et dokument utstedt av for eksempel primærhelse/bedriftshelse, og som utgjør et pålegg når forsikrede har behov for pleie, behandling, utredning, røntgen eller operasjon av spesialist.

Samboer: Med samboer menes den person som lever sammen med forsikrede i et ekteskapslignende forhold og som har samme bostedsadresse som forsikrede i Norge, registrert i folkeregisteret.

Sykdom: Med sykdom menes en forverring av helsetilstanden, fysisk eller psykisk, som ikke er å anse som tilfeldig skade. Sykdom betyr ikke frivillig forårsaket kroppsskade. Sykdommen anses å ha oppstått den dagen forverringen ble påviselig og bekreftet av lege.

Sykehusinnleggelse: Behandling gitt til en pasient som er innskrevet og innlagt på en helseinstitusjon i minst én natt. Med sykehusinnleggelse anses ikke permisjon.

Egenandel for forsikrede: Egenandelen er den delen av utgiftene til pleie og behandling som forsikrede må betale selv ved hvert skadetilfelle. For informasjon om størrelsen på egenandelen, se forsikringsbevis.

Sykdomsperiode: Den uavbrutte perioden sikrede er sykmeldt og arbeidsufør og mottar ytelser fra NAV.

Trygd: Folketrygdloven inneholder regler som skal bidra til å sikre inntekt og kompensere for utgifter i ulike situasjoner, blant annet ved sykdom, skade, uførhet og dødsfall. NAV administrerer disse ytelsene.

Symptomklausul: Det ytes ikke erstatning for sykdom, ubehag, skade eller funksjonshemming som viste symptomer eller var til stede før forsikringen trådte i kraft, selv om diagnose eller årsak først kan fastsettes etter at forsikringen trådte i kraft.



Vitea Life