



SENSOR FÖRSÄKRING

A part of Sensor Group

Allmänna villkor Sjukvård

Gäller från 2022-01-01

Innehållsförteckning

1. Gruppförsäkringens omfattning	3
1.1. Vad gäller försäkringen	3
1.2. Begreppsförklaringar	3
1.3. Försäkringens omfattning	3
1.4. Särskilda regler för sjukdomar som debuterar under de första två åren	3
2. Sjukvård Grund	4
3. Sjukvård Stor	5
4. Fortsättningsförsäkring	5
5. Premiebefrielse	5
6. Efterskydd	5
7. Försäkringsregler Frivillig anslutning	6
7.1. Gruppavtalet och den frivilliga gruppförsäkringen	6
7.2. Försäkringsförmedlare, försäkringsgivare och tillsynsmyndighet	6
7.3. Teckningsregler och hälsokrav	6
7.4. Försäkringens omfattning	6
7.5. Försäkringstid	6
7.6. Försäkringsbesked	6
7.7. Säkerhet och förutsättningar	6
7.8. Försäkringsgivarens ansvar	6
7.9. Ångerrätt	6
7.10. Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen	7
7.11. Uppsägning från Gruppens sida	7
7.12. Försäkringsgivarens rätt att säga upp försäkringen	7
7.13. Ändring av försäkringsvillkoren	7
8. Premien - Frivillig anslutning	7
8.1. När premien behöver betalas	7
8.2. Uppsägning på grund av dröjsmål med premien	7
8.3. Återupplivning	7
8.4. Betalning genom betalningsförmedlare	7
8.5. Återbetalning av premie	7
9. Begränsningar av Sensor Försäkrings ansvar	7
9.1. Upplysningsplikt	7
9.2. Framkallande av försäkringsfall	8
9.3. Oriktiga uppgifter vid försäkringsfall	8
10. Reglering av skada	8
10.1. Anmälan och ersättningskrav	8
10.2. Tidpunkt för utbetalning av försäkringsersättning	8
11. Preskription	8
11.1. Alternativ tvistlösnings inverkan på talesfrister och preskriptionstider	8
11.2. Preskription av rätt till försäkringsersättning	8
12. Regler i särskilda fall	8
12.1. Krig, annan väpnad konflikt mm	8
12.2. Terrorhandling	8
12.3. Atomskador	9
12.4. Sanktionsklausul	9
12.5. Force Majeure	9
12.6. Tillämplig lag	9
13. Vad gör du om du inte tycker som vi?	9
13.1. Personförsäkringsnämnden (PFN)	9
13.2. Försäkringsnämnden	9
13.3. Allmänna reklamationsnämnden (ARN)	9
13.4. Allmän Domstol	9
13.5. Klagomål och tvist rörande försäkringsförmedlingen	9
14. Begreppsförklaringar	10

GRUPPFÖRSÄKRINGENS OMFATTNING

Var gäller försäkringen?

Genom försäkringen lämnas ersättning för kostnader för vård inom Sverige. Vid cancersjukdomar ersätter försäkringen privat vård utomlands då försäkringsgivaren bedömer att det från behandlingssynpunkt är lämpligt med hänsyn till väntetider för motsvarande vård i Sverige. Vården sker hos av försäkringsgivaren anvisad vårdgivare inom EU.

Begreppsförklaringar avseende försäkringens omfattning

Sjukdom

Med sjukdom avses en konstaterad försämring av hälsotillståndet under försäkringstiden, som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt dessa villkor. Försäkringen ersätter enligt de villkor som gäller när sjukdom blir aktuell. Med detta avses när försämringen av hälsotillståndet första gången påvisades av läkare.

Olycksfallsskada

Med olycksfallsskada avses kroppsskada, som drabbat den försäkrade ofrivilligt genom en plötslig yttre händelse, ett utifrån kommande våld mot kroppen.

Försäkringens omfattning

Försäkringen gäller för

Denna försäkring gäller för kostnader och tjänster till följd av sjukdom som blivit aktuell under försäkringstiden och inte visat symtom före försäkringens begynnelse och samt för kostnader och tjänster till följd av olycksfallsskada som inträffat under försäkringstiden.

Försäkringen gäller inte för

- sjukdom som visat symtom eller olycksfallsskada som inträffat före tidpunkten för tecknandet av försäkringen och som finns nedtecknad i patientjournal.
- Om Sensor Försäkring för beviljande av försäkringen endast krävt full arbetsförmåga av de som försäkrats och det för viss försäkrad gått mer än två år sedan den senaste behandlingen av sjukdomen/olycksfallsskadan gäller dock försäkringen för det förnyade vårdbehovet.
- försäkringen ersätter inte behandling av sjukdomar eller skador av kronisk karaktär, om behandlingen enligt medicinsk erfarenhet inte förväntas kunna bota eller väsentligt och varaktigt kunna förbättra den försäkrades tillstånd. Försäkringen ersätter inte heller följder av sjukdomar eller skador av kronisk karaktär. Däremot ingår undersökningar och behandlingar fram till dess att en sjukdom eller skada bedöms vara av kronisk karaktär
- anmälningspliktig sjukdom som finns reglerad i lag eller följder av sådan sjukdom.
- behandling av tandläkare, käkkirurgi och/eller bettfysiologi omfattas inte av försäkringen.
- kosmetiska behandlingar och operationer eller följder därav, om inte dessa är en följd av ersättningsberättigad sjukdom eller olycksfallsskada.
- kontroll och behandling som föranleds av graviditet, förlösning, abort, sterilisering.
- fertilitetsutredning, behandling av infertilitet.
- könskorrigering samt annan vård och behandling vid könsdysfori.
- utredning och behandling av neuropsykiatrisk störning (t.ex. ADHD, autism).
- alternativa behandlingsformer som inte vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet.

- behandlings- eller läkemedelskostnader på grund av övervikt, om övervikten understiger BMI (Body Mass Index) 35.
- överviktsoperation inom den privata vården och följder därav.
- glasögon och linser samt operativa ingrepp, inklusive laserkirurgi, allt i syfte att korrigera ögons brytningsfel.
- utredning och behandling av snarkning och sömnapné.
- 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.
- skada som uppkommit vid deltagande i sport eller idrott om den försäkrade uppburit inkomst på grund av denna (med inkomst jämföras bidrag från sponsorer).
- skada som upp kommit i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till uppsätlig brottslig handling som enligt svensk lag kan leda till fängelse.
- kostnader som uppkommer för försäkringsgivaren när den försäkrade uteblir från eller försent avbokar vårdbesök. Försäkringsgivaren förbehåller sig rätten att återkräva kostnaden från den försäkrade.

Särskilda regler för sjukdomar som debuterar under de första två åren

(Om inte annat framgår av gruppavtalet gäller följande:)

För nedanstående sjukdomar gäller att försäkringen ska ha varit gällande under minst två år innan sjukdomen blev aktuell för att rätt till ersättning ska föreligga. Blir någon av nedanstående sjukdomar aktuell inom två år från försäkringens begynnelse gäller inte försäkringen för dessa sjukdomar.

- psykiska sjukdomar/besvär (exempelvis depression, stressrelaterade besvär)
- trötthetssyndrom
- elöverkänslighet
- kroniska smärttillstånd, myalgier och fibromyalgi.

Begränsningen tillämpas inte om försäkring med motsvarande omfattning funnits i annat bolag fram till dess Trygg-Hansa blev försäkringsgivare för försäkringen.

Begränsningen tillämpas inte heller vid behov av kristerapi.

Ansvarstid

Ansvarstiden för den försäkrade är obegränsad så länge försäkringen är i kraft och omfattar undersökning och behandling av sjukdomen/olycksfallet så länge behandlingen förväntas kunna bota eller väsentligt och varaktigt kunna förbättra den försäkrades tillstånd. Behandling av kroniska sjukdomar omfattas således inte. Dock ingår behandling fram till dess att sjukdom eller skada blir diagnostiserad som kronisk. Om försäkringen och premiebetalningen upphör är ansvarstiden därefter ett år från försäkringsfallet under förutsättning att ingen ny sjukvårdsförsäkring tecknats hos annan försäkringsgivare. I sådana fall upphör ansvarstiden vid försäkringens sista giltighetsdag.

Sjukdomar eller olycksfallsskador med ett medicinskt samband räknas som samma sjukdom eller olycksfallsskada, dock inte om den försäkrade varit behandlingsfri under en sammanhängande tid av minst två år. Ett nytt försäkringsfall anses då ha inträffat.

Försäkringsbelopp

Försäkringen gäller med ett försäkringsbelopp om högst 2 000 000 kronor per försäkringsfall för läkarvård, operation och sjukhusvård samt eftervård om inte annat framgår av gruppavtalet. För vissa ersättningar gäller andra begränsningar enligt beskrivning i respektive ersättningsmoment.

Vårdgaranti vid ersättningsbar privatvård

Från det att försäkringsgivaren fått nödvändig medicinsk dokumentation/information garanteras den försäkrade vid ersättningsbart försäkringsfall och när det är medicinskt motiverat:

- kontakt med specialistläkare inom 6 arbetsdagar och
- tid till inskrivning för vård på privat sjukhus inom 14 arbetsdagar.

Om operation eller annan behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller att försäkrad inte accepterar tiden för, eller uteblir från, inbokad läarkonsultation eller inskrivning gäller inte garantin. Garantin gäller den privata vård som är möjlig att få i Sverige. För att garantin ska gälla kan den försäkrade vara tvungen att resa till vårdgivare som Försäkringsgivaren hänvisar till. Garantin till specialistläkare avser den första kontakten i varje ärende och gäller inte om kunden vid överenskommelse med försäkringsgivarens Vårdplanering själv ska boka in tiden.

Om vårdgarantin inte uppfylls får försäkrad ett engångsbelopp per dag:

- från den 7:e arbetsdagen fram till datum för specialistläkarkontakt eller
- från den 15:e arbetsdagen fram till datum för inskrivning för operation eller annan behandling på privatsjukhus.

Ersättning kan lämnas i maximalt 30 dagar. Beloppet per dag anges i försäkringsbeskedet.

Sjukvård Grund

Grundförsäkringen omfattar nedanstående ersättningsmoment om inte annat framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

All privat vård ska alltid förmedlas genom försäkringsgivarens Vårdplanering. Försäkringen gäller för den vård som finns i privat regi i Sverige. Tillgång till rådgivning av erfarna legitimerade sjuksköterskor hos försäkringsgivarens Vårdplanering ingår alltid.

Privat vård

Läkarvård

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för undersökning, diagnostisering och behandling som utförs av läkare. Ersättning lämnas för planerad vård och ska godkännas i förväg av Försäkringsgivaren.

Annan behandling

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader i samband med undersökning, diagnostisering och behandling. Behandlingskostnad (upp till 10 behandlingstillfällen, totalt max 10 timmar per försäkringsfall) för privatvård hos exempelvis fysioterapeut/sjukgymnast, naprapat, kiropraktor ersätts under förutsättning att behandlingen är medicinskt motiverad. I samråd med försäkringsgivaren kan ersättning i vissa fall istället lämnas för patientavgift i offentligvården upp till maximalt ett högkostnadsskydd. Finns samtidigt behov av behandling hos psykolog lämnas ersättning för ytterligare upp till 10 behandlingstillfällen (max 10 timmar per försäkringsfall) för privatvård hos psykolog. Ersättning lämnas endast för kostnader som godkänts i förväg av försäkringsgivaren.

Operation och sjukhusvård

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för operationsförberedande undersökning, operation och sjukhusvård hos den vårdgivare där det från behandlingssynpunkt är lämpligast. Ersättning lämnas endast för kostnader som godkänts i förväg av försäkringsgivaren.

Resor och logi

Ersättning lämnas för den försäkrades nödvändiga och skäliga rese- och logikostnader i samband med ersättningsbart försäkringsfall. Resekostnader ersätts om avståndet mellan hemmet och vårdgivaren är längre än 10 mil enkel resa. En person får medfölja om Försäkringsgivaren bedömer att ett medicinskt behov finns. Godkännande av kostnader ska i förväg lämnas av försäkringsgivaren innan resa påbörjas. Resor i samband med offentlig vård ersätts inte.

Eftervård

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för eftervård som ordinerats av läkare på grund av ersättningsbar privat operation och sjukhusvård. Ersättning för privat eftervård lämnas i maximalt 6 månader efter operationen och endast för kostnader som godkänts i förväg av försäkringsgivaren. I samråd med försäkringsgivaren kan ersättning istället lämnas för patientavgift avseende eftervård i offentlig vården upp till maximalt ett högkostnadsskydd.

Hjälpmedel

Försäkringen ersätter kostnader för ortopedtekniska hjälpmedel som är medicinskt motiverade och som kan anses skäliga och nödvändiga för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning. Ersättning lämnas med upp till 50.000 kronor. Ersättning lämnas endast för kostnader som godkänts i förväg av försäkringsgivaren.

Second opinion – ytterligare bedömning

Second opinion innebär att en patient i vissa fall har rätt till ytterligare en medicinsk bedömning av en specialist. Det gäller om den försäkrade står inför svåra medicinska ställningstaganden avseende vård eller behandling vid ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada och

- har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom
- om den medicinska behandlingen kan innebära särskilda risker
- om valet har särskilt stor betydelse för den försäkrades framtida livskvalitet och
- om det inte står helt klart vilken behandling som är lämpligast i det aktuella fallet.

Kristerapi

Försäkringen ersätter skälig kostnad för behandling avseende kristerapi begränsad till tio behandlingstillfällen för varje försäkringsfall hos legitimerad psykolog om den försäkrade drabbats av krisreaktion på grund av:

- sjukdom
- olycksfallsskada
- nära anhörigs död (med nära anhörig avses make/maka/sambo, registrerad partner samt den försäkrades barn)
- överfall, hot, rån eller våldtäkt som polisanmäls
- brand, explosion och inbrott i egen bostad.

Val av psykolog/terapeut sker genom kontakt med försäkringsgivaren. Försäkringen ersätter inte kristerapi för skada som den försäkrade tillfogats av annan familjemedlem. Med familjemedlem avses make/maka/sambo, registrerad partner, barn, föräldrar och syskon. Försäkringen ersätter inte kristerapi senare än ett år efter varje försäkringsfall. Skyddet gäller för den försäkrade endast i egenskap av privatperson.

Självrisk

Självriskens storlek framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Självrisken innebär att den försäkrade själv betalar för det första privata vårdbesöket för ett försäkringsfall med aktuellt självriskbelopp. För kristerapi gäller ingen självrisk.

SJUKVÅRD STOR

Sjukvård Stor omfattar förutom allt som ingår i Sjukvård Grund, nedanstående ersättningsmoment om inte annat framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet.

Offentlig vård

Ersättning lämnas för patientavgifter upp till vid var tid gällande högstkostnadsskydd. Ersättning lämnas även för patientavgifter vid slutet sjukhusvård. Med offentlig vård menas vård som betalas enligt landstingets fastställda patientavgifter.

Läkemedel

Ersättning lämnas för receptbelagda offentligt subventionerade läkemedel upp till vid var tid gällande högstkostnadsskydd vid ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada.

Förstahjälpersättning

Ersättning lämnas med ett engångsbelopp vid ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada som medför akut behov av sjukhusvistelse över natt. Beloppet anges i försäkringsbeskedet. Med sjukhusvistelse menas i detta villkor att den försäkrade är inskriven för vård.

För en och samma sjukdom eller för en och samma olycksfallsskada som vid flera tillfällen medfört akut behov av sjukhusvistelse över natt lämnas förstahjälpersättning högst två gånger per tolv månadersperiod.

Ersättning vid sjukhusvistelse

Ersättning lämnas med ett engångsbelopp per dygn vid ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada om den försäkrade är inskriven på sjukhus över natten för vård. Beloppet anges i försäkringsbeskedet. Ersättning vid sjukhusvistelse lämnas för högst 90 dagar.

Tillfällig vistelse utomlands (självriskreducering)

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

Hemhjälp

Ersättning lämnas för nödvändiga och skäliga kostnader för hemhjälp efter privat operation som är ersättningsbar genom försäkringen. Ersättning lämnas med högst 20 timmar per försäkringsfall om inte annat framgår av gruppavtalet och försäkringsbeskedet. Hemhjälp kan innebära hjälp med att handla eller städa eller familjeservice i form av barnpassning. En förutsättning för ersättning är att tjänsten godkänns av försäkringsgivaren och utförs av ett företag som är godkänt för F-skatt.

Självrisk

Självrisken innebär att den försäkrade själv betalar för det första privata vårdbesöket för ett försäkringsfall med aktuellt självriskebelopp. För kristerapi gäller dock ingen självrisk.

FORTSÄTTNINGSFÖRSÄKRING

Gruppmedlem och medförsäkrad som har omfattats av grupp-försäkring under de senaste 6 månaderna har rätt att teckna fortsättningsförsäkring med särskild ansökan om:

- Gruppavtalet upphör
- Gruppmedlem inte längre tillhör den i gruppavtalet bestämda kategori av personer som kan försäkras allt under förutsättning att motsvarande skydd inte går att få genom ny försäkringsgivare

Fortsättningsförsäkring tecknas utan hälsoprövning och med vid aktuell tidpunkt gällande premie för fortsättningsförsäkring.

Ansökan om fortsättningsförsäkring ska ske inom tre månader från den dag grupp-försäkringen upphörde att gälla.

Fortsättningsförsäkring kan ha annan utformning, premie och andra försäkringsvillkor än avtalad grupp-försäkring

PREMIEBEFRIELSE

Premiebefrielse ingår inte.

EFTERSKYDD

Om försäkrad har omfattats av sjukvårdsförsäkring under de senaste 6 månaderna och försäkringen upphör på grund av att den försäkrade inte längre uppfyller förutsättningarna enligt gruppavtalet, gäller ett förlängt försäkringsskydd (efterskydd) i 3 månader, med motsvarande omfattning som tidigare gällt.

Efterskyddet gäller inte om gruppavtalet helt eller delvis har sagts upp av gruppen eller om den försäkrade själv valt att säga upp försäkringen men står kvar i den försäkringsberättigade gruppen.

Om den försäkrade under efterskyddstiden ansluter sig till annan sjukvårdsförsäkring eller tecknar fortsättningsförsäkring upphör efterskyddet att gälla i sin helhet. Efterskyddet upphör dessutom om den försäkrade uppnår avtalets slutålder under efterskyddstiden.

Efterskyddet innebär:

För sjukdom som blivit aktuell eller olycksfallsskada som inträffat under efterskyddstiden och före gruppavtalets slutålder gäller kostnader och tjänster enligt de regler som skulle ha gällt för sjukvårdsförsäkringen.

FÖRSÄKRINGSREGLER – FRIVILLIG ANSLUTNING

Gruppavtalet och den frivilliga gruppförsäkringen

Avtal om Sjukvårdsförsäkring ingås mellan försäkringsgivaren och gruppmedlemmen på grundval av och inom ramen för det gruppavtal som träffats mellan Sensor Försäkring och försäkringsgivaren. Gruppavtalet innehåller bestämmelser om gruppens sammansättning, försäkringsomfattning som står till buds för gruppens medlemmar, gruppavtalets ikraftträdande och giltighetstid samt automatisk förlängning och uppsägning av gruppavtalet.

För den enskilde gruppmedlemmens avtal om Sjukvårdsförsäkring gäller vad som anges i gruppavtalet, i det försäkringsbesked som Sensor Försäkring utfärdar och vad som anges i dessa försäkringsvillkor. Bestämelse i gruppavtalet för den grupp den enskilde försäkrade tillhör har företrädare framför bestämmelse i dessa försäkringsvillkor.

Om försäkringen tecknas av en arbetsgivare för de anställda och arbetsgivaren betalar premien (företagsbetald försäkring) avser begreppet gruppmedlem i dessa försäkringsvillkor anställd.

Försäkringsförmedlare, försäkringsgivare och tillsynsmyndighet

Försäkringsförmedlare för denna försäkring är Sensor Försäkring Norden AB.

Försäkringsgivare för denna försäkring är Tryg Forsikring A/S genom Trygg-Hansa Försäkring filial. Danska Finanstilsynet är tillsynsmyndighet.

Teckningsregler och hälsokrav

Den som tillhör den försäkringsberättigade gruppen har rätt att teckna Sjukvårdsförsäkring enligt gruppavtalet under förutsättning att gruppmedlemmen är fullt arbetsför och att godtagbar hälsodeklaration lämnas om så krävs enligt gruppavtalet. Vidare krävs att gruppmedlemmen är bosatt och folkbokförd i Sverige, eller förvärvsarbetar i Sverige men har sin fasta bostad i annat skandinaviskt land.

För att kunna räknas som fullt arbetsför ska den person som ansöker om försäkring

- kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan begränsningar,
- inte ta emot eller ha rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionsnedsättning eller ha vilande sådan ersättning,
- inte ha lönebidragsanställning eller liknande anställning, eller av hälsoskäl ha fått anpassat arbete.

Försäkringen gäller för den person som anges i försäkringsbeskedet.

Försäkringens omfattning

Försäkringens omfattning framgår av försäkringsbeskedet. Försäkringen ger ersättning enligt de försäkringsvillkor som gäller då sjukdom blir aktuell eller olycksfallsskada inträffar under försäkringstiden. Den försäkrade ska till Sensor Försäkring omgående meddela eventuella fel och brister som framgår av försäkringsbesked eller motsvarande handling.

Försäkringstid

Försäkringstiden är den tid för vilken avtalet om Sjukvårdsförsäkring har träffats. Försäkringstiden framgår av försäkringsbeskedet. Försäkringen tecknas för försäkringstiden och förlängs vid årsförfallodagen med en ny

försäkringstid om ett år i sänder så länge gruppavtalet gäller mellan Sensor Försäkring och försäkringsgivaren. Förnyelse av avtalet om sjukvårdsförsäkring sker dock inte om försäkringen sagts uppatt upphöra av Sensor Försäkring eller gruppmedlemmen.

Sjukvårdsförsäkringen gäller längst till utgången av den månad då försäkrad gruppmedlem uppnår den i gruppavtalet angivna slutåldern. Försäkringen upphör även då gruppmedlem inte längre tillhör den i gruppavtalet bestämda grupp personer som kan försäkras.

Under vissa förutsättningar ingår även efterskydd. Se avsnittet om Efter-skydd. Giltighetstiden för försäkring kan inte förlängas utöver vad ovan anges genom att premie inbetalas.

Försäkringsgivaren ansvarar endast för skada som inträffar under försäkringstiden.

Försäkringsbesked

Vid försäkringens tecknande och därefter vid varje årsförfallodag får gruppmedlemmen ett försäkringsbesked som visar försäkringens omfattning och premiens storlek.

Säkerhet och förutsättningar

Uppgifter om hälsostatus för och försäkringsmedicinsk bedömning av den sökande lämnas inte till försäkringsgivarens avtalspart om denne är ett företag, ett förbund eller en organisation. Försäkringsgivaren kan därför neka att motivera och förklara eventuella avböjanden och inskränkningar i försäkringsskyddet och premieförhöjningar för avtalsparten.

Försäkringsgivarens ansvar

När ett gruppavtal om Sjukvårdsförsäkring har ingåtts inträder försäkringsgivarens ansvar från den tidpunkt som anges i gruppavtalet vad avser de gruppmedlemmar/anställda som då uppfyller anslutningskraven och har anslutit sig till försäkringen. För de gruppmedlemmar/anställda som ansluter sig senare inträder försäkringsgivarens ansvar från och med dagen för ansökan om försäkringen. Dessa tidpunkter för ansvar gäller under förutsättning att försäkringen kan beviljas på normala villkor och enligt de av försäkringsgivarens tillämpade bedömningsreglerna samt de villkor som gäller för gruppavtalet.

Om försäkringen kan beviljas med särskilt förbehåll inträder försäkringsgivarens ansvar först dagen efter den dag då Sensor Försäkring erbjudit försäkring på sådana villkor och den som ansöker om försäkring antagit erbjudandet. Om försäkringsgivarens ansvar enligt ansökningen ska börja gälla senare, inträder ansvarigheten först från denna tidpunkt, dock senast fyra månader efter det att försäkringsgivaren mottog ansökningen. Om förskydd gäller enligt gruppavtalet inträder och upphör försäkringsgivarens ansvar när så anges i Gruppavtalet. Om anslutning till försäkringen sker genom att gruppmedlem inte avböjer erbjuden försäkring inträder försäkringsgivarens ansvar när tiden för avböjande går ut.

Vid ändring av försäkringen på den försäkrades initiativ, träder ändringen i kraft dagen efter den dag försäkringsgivaren eller grupp företrädaren mottagit ansökan om ändringen, under förutsättning att ändringen kan beviljas enligt de bestämmelser som gäller för gruppavtalet.

Ångerrätt

Den försäkrade har 30 dagars ångerrätt för nytecknad försäkring. Ångerristen börjar att räknas från den dag den försäkrade mottagit försäkringsbeskedet och 30 dagar framåt. För att utnyttja ångerrätten kontakta Sensor Försäkring på telefon 010 – 410 03 10.

Försäkringen sägs då upp från begynnelsesdagen. Har premie inbetalats återbetalar vi den inbetalda premien.

Den försäkrades rätt att säga upp försäkringen

Den försäkrade får när som helst säga upp försäkringen så att den upphör omedelbart eller vid en viss angiven framtida tidpunkt. Uppsägningen kan ske muntligt eller skriftligt. Uppsägningen får verkan dagen efter den dag då den mottogs av Sensor Försäkring.

Uppsägning från Gruppens sida

Sensor Försäkring får säga upp gruppavtalet att upphöra vid försäkringstidens utgång. Försäkringsskyddet upphör för samtliga försäkrade vid den tidpunkt som anges i uppsägningen, dock tidigast en månad efter det att uppsägningen kom till försäkringsgivaren. När sådan uppsägning mottagits meddelar Sensor Försäkring de försäkrade om uppsägningen och informerar samtidigt om rätten till fortsättningsförsäkring.

Försäkringsgivarens rätt att säga upp försäkringen

Försäkringsgivaren får genom uppsägning till Sensor Försäkring och meddelande till gruppmedlemmarna säga upp försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång. En uppsägning eller ett meddelande om ändring får verkan en månad efter det att försäkringsgivaren avsände uppsägningen och meddelandet. I uppsägningen och meddelandet ska försäkringsgivaren ange om de försäkrade har rätt till fortsättningsförsäkring.

Ändring av försäkringsvillkoren

Försäkringsgivaren har rätt att i den utsträckning som följer av gruppavtalet ändra försäkringen vid förnyelse.

PREMIEN – FRIVILLIG ANSLUTNING

Premien beräknas för ett år i taget och bestäms på grundval av gruppens sammansättning och vid beräkningstidpunkten gällande premietariff. Eftersom årsförfallodagen infaller vid kalenderårsskifte kan premien och villkoren under det första försäkringsåret ändras redan innan det gått ett år från försäkringens tecknande.

När premien behöver betalas

Första premien för försäkringen ska betalas senast 14 dagar efter den dag då Sensor Försäkring avsant krav på premie till gruppmedlemmen. Förnyelsepremien för en redan gällande försäkring ska betalas senast den dag då den nya försäkringstiden börjar. Premien behöver dock inte betalas tidigare än en månad från den dag då Sensor Försäkring avsände krav på premien till gruppmedlemmen.

Uppsägning på grund av dröjsmål med premien

Betalas inte premien i rätt tid, får Sensor Försäkring säga upp försäkringen för upphörande, om inte dröjsmålet är av ringa betydelse. Uppsägningen ska sändas till gruppmedlem.

Uppsägningen får verkan 14 dagar efter den dag då den avsändes, om inte premien betalas inom denna frist.

Gör gruppmedlem sannolikt att uppsägningen har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som hon eller han inte har kunnat råda över, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter den dag då den kom fram till gruppmedlemmen. En uppsägning på grund av dröjsmål med premien får dock verkan senast tre månader efter den dag då Sensor Försäkring avsände den.

Om gruppmedlem inte kunnat betala premien för en förnyad försäkring i rätt tid på grund av svår sjukdom, frihetsberövande, utebliven pension eller utebliven lön från sin huvudsakliga anställning eller liknande hinder, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter det att hindret fallit bort, dock senast tre månader efter 14-dagars fristens utgång.

Om ett dröjsmål med premien beror på försummelse av någon som på grund av avtalet förmedlar premien, får uppsägningen verkan för försäkrad gruppmedlem och hans medförsäkrade först en vecka efter det att gruppmedlemmen själv fått kännedom om dröjsmålet.

Återupplivning

Har en uppsägning fått verkan och Sensor Försäkrings ansvar upphört, återupplivas försäkringen till sin tidigare omfattning under förutsättning att den obetalda premien betalas inom tre månader från den dag då försäkringen upphörde efter uppsägningen. Detta gäller inte om dröjsmålet avser premie för nytecknad försäkring. Sensor Försäkrings ansvar gäller vid återupplivning från och med dagen efter den dag då premien betalats. Återupplivning kan inte ske bara för medförsäkrade.

Betalning genom betalningsförmedlare

Försäkringen är betald när ett betalningsuppdrag avseende premien lämnats till en bank eller någon annan liknande betalningsförmedlare.

Återbetalning av premie

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

År försäkringsavtalet ogiltigt enligt 12kap 2 paragrafen första stycket i försäkringsavtalslagen, får Sensor Försäkring ändå behålla betald premie för förfluten tid.

BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSGIVARENS AVSVAR

Upplysningsplikt

Den som ansöker om försäkring och den försäkrade är skyldiga att på försäkringsgivarens begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkring ska meddelas, utvidgas eller förnyas. De som är upplysningsskyldiga ska ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor.

Om den försäkrade vid fullgörandet av sin upplysningsplikt enligt föregående stycke har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder är avtalet ogiltigt enligt vad som sägs i lagen (1915:218) om avtal och rättshandlingar på förmögenhetsrättens område. Försäkringsgivaren är då fritt från ansvar för försäkringsfall som inträffar därefter.

Har den försäkrade uppsåtligt eller av oaktsamhet som inte är ringa lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse för riskbedömningen och kan försäkringsgivaren visa att försäkring inte skulle ha meddelats om upplysningsplikten hade fullgjorts, är försäkringsgivaren fritt från ansvar för inträffade skadefall. Om försäkring skulle ha meddelats endast mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, är ansvaret begränsat till vad som svarar mot den premie och de villkor i övrigt som skulle ha avtalats om försäkringsgivaren känt till de rätta förhållandena. Detta får inte tillämpas i den mån detta skulle leda till resultat som är oskäligt mot den försäkrade eller annan som berörs.

Om försäkringsgivaren under försäkringstiden får kännedom om att upplysningsplikten har åsidosatts genom att den försäkrade förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder får försäkringsgivaren säga upp försäkringen för upphörande eller ändring. Uppsägningen görs skriftligt och med tre månaders uppsägningstid räknat från den dag försäkringsgivaren avsände uppsägningen. I uppsägningen anges under vilka förutsättningar den försäkrade har rätt till fortsatt försäkring. Skulle försäkringsgivaren, om upplysningsplikten hade fullgjorts, ha meddelat försäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, har den försäkrade rätt till fortsatt försäkring med det försäkringsbelopp som svarar mot den premie och de villkor i övrigt som skulle ha avtalats om försäkringsgivaren känt till de rätta förhållandena. Begäran om fortsatt försäkring ska framställas före uppsägningstidens utgång.

Framkallande av försäkringsfall

Om den försäkrade uppsåtligt har framkallat ett försäkringsfall är försäkringsgivaren fritt från ansvar. Denna begränsning gäller inte om den försäkrade var allvarligt psykiskt störd.

Har den försäkrade genom grov vårdslöshet framkallat ett försäkringsfall eller förvärrat dess följder, kan ersättningen sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till förhållandena och omständigheterna i övrigt. Detta gäller även då skadan kan antas ha föranletts av att hon eller han varit påverkad av alkohol, andra berusningsmedel, sömnmedel, narkotiska preparat eller genom felaktig användning av läkemedel. På samma sätt bedöms vidare de fall när den försäkrade på annat sätt måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om att detta innebär en betydande risk för att skadan skulle inträffa. Begränsningarna gäller inte om den försäkrade var allvarligt psykiskt störd.

Nedsättning görs normalt med 25%. Avdraget kan höjas i allvarligare fall, till och med så att ingen ersättning alls betalas. Avdraget kan minskas om det skulle bli oskäligt stort eller om det föreligger förmildrande omständigheter.

Oriktiga uppgifter vid försäkringsfall

Om den försäkrade eller någon annan som begär ersättning av försäkringsgivaren efter ett försäkringsfall uppsåtligt eller av grov vårdslöshet oriktigt har uppgett, förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning från försäkringen, kan den ersättning som annars skulle ha betalats sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Nedsättning görs normalt med 25%. Avdraget kan höjas i allvarligare fall, till och med så att ingen ersättning alls betalas. Avdraget kan minskas om det skulle bli oskäligt stort eller om det föreligger förmildrande omständigheter.

REGLERING AV SKADA

Anmälan och ersättningskrav

Anmälan om sjukdom eller olycksfallsskada som kan ge rätt till ersättning ska göras till Försäkringsgivaren snarast möjligt. Den som gör anspråk på ersättning ska om försäkringsgivaren begär det sända in läkarintyg och övriga handlingar, som är av betydelse för bestämning av rätten till ersättning. Kostnaderna för läkarintyg och övriga handlingar ersätts av försäkringsgivaren.

Anspråk på ersättning för kostnader ska styrkas med originalverifikationer. En förutsättning för rätt till ersättning är att den försäkrade utan dröjsmål anlitat läkare som försäkringsgivaren anvisar.

Medgivande för försäkringsgivaren att för bedömning av försäkrads rätt till ersättning inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning ska lämnas om försäkringsgivaren begär det.

Av ersättningsmomenten framgår att försäkringsgivarens Vårdplanering alltid ska förmedla privat vård.

Tidpunkt för utbetalning av försäkringsersättning

Försäkringsgivaren ska betala försäkringsersättning senast en månad efter det att rätten till ersättning inträtt och den som gör anspråk på ersättning fullgjort vad som angetts ovan i avsnittet Anmälan och ersättningskrav med fullständiga handlingar.

Om den som gör anspråk på försäkringsersättning uppenbart har rätt

till åtminstone ett visst belopp, ska detta genast betalas ut och avräknas från den slutliga ersättningen. Försäkringsgivaren ska betala ränta enligt 6 § räntelagen (1975:635), om inte betalning sker i tid.

PRESKRIPTION

Det finns preskriptionsregler för hur länge efter skadetillfället du kan anmäla en skada till oss. Därför är det viktigt att du inte väntar med att anmäla en skada.

Alternativ tvistlösning inverkan på talefrister och preskriptionstider

Om en talefrist eller preskriptionstid löpervid den tidpunkt då ett förfarande vid en nämnd för alternativ tvistlösning inleddes, löper fristen tidigast ut en månad efter avslutat förfarande i nämnden.

Preskription av rätt till försäkringsersättning

Den som vill ha försäkringsersättning eller annat försäkringsskydd måste väcka talan inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsavtalet berättigar till sådant skydd inträdde.

Om den som vill ha försäkringsskydd har framställt anspråket till försäkringsbolaget inom den tid som anges i första stycket, är fristen att väcka talan alltid minst sex månader från det att bolaget har förklarat att det tagit slutlig ställning till anspråket.

Om talan inte väcks enligt ovan, går rätten till försäkringsskydd förlorad.

*Med förhållande avses den tidpunkt när olycksfallsskadan inträffade eller sjukdomen blev aktuell enligt detta villkor.

REGLER I SÄRSKILDA FALL

Krig, annan väpnad konflikt mm

Försäkringen gäller inte i Sverige eller i annat land för sjukdom eller olycksfallsskada som är direkt orsakad av och beror på krig, annan väpnad konflikt eller krigsliknande politiska oroligheter, som pågår där sjukdomen eller olycksfallsskadan orsakas.

Om den försäkrade under försäkringstiden vistas utanför Sverige i område där krig, väpnad konflikt eller krigsliknande oroligheter utbryter, tillämpas inte begränsningen under de första tre månaderna efter det att det tillstånd som medför de nya riskerna inträtt. Detta under förutsättning att den försäkrade inte deltar i eller tar befattning som rapportör eller liknande med de handlingar som medför de nya riskerna.

Försäkringen gäller för sjukdom eller olycksfallsskada som orsakas av deltagande i militär fredsbevarande verksamhet i FN:s regi, eller annan av Sveriges riksdag godkänd fredsbevarande insats.

Terrorhandling

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som orsakats av, står i samband med eller annars är en följd av spridning eller användning av biologiska eller kemiska ämnen eller kärnämnen, kärnavfall eller andra ämnen med skadlig strålning i samband med eller i följd av terrorhandling.

Med terrorhandling avses en skadebringande handling som är straffbelagd där den begås eller där skadan uppstår, och som framstår att vara utförd i syfte att

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

Atomskador

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som är direkt orsakad av atomkärnreaktion isambandmedmilitärverksamhet ivilken-denförsäkrade ärsysselsatt.

Sanktionsklausul

Sensor Försäkring är inte skyldigt att lämna försäkringsskydd, betala ersättning för en skada eller tillhandahålla en förmån om det skulle innebära att Sensor Försäkring bryter mot eller blir exponerat för någon sanktion, förbud eller restriktion som utfärdats av FN, EU, Storbritannien eller USA.

Force Majeure

Försäkringen gäller inte för förlust som kan uppstå om skadeutredning, privat planerad vård eller betalning av ersättning fördröjs på grund av krig, krigsliknande händelser, inbördeskrig, revolution eller uppror eller på grund av myndighetsåtgärd, strejk, lockout, blockad eller liknande händelse, eller på grund av naturkatastrof.

Tillämplig lag

För försäkringsavtalet gäller svensk lag. De viktigaste bestämmelserna finns i försäkringsavtalslagen (2005:104). Tvist med anledning av försäkringsavtalet ska handläggas vid svensk domstol och med tillämpning av svensk lag. Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

VAD GÖR DU OM DU INTE TYCKER SOM VI?

Vänd dig först till den riskbedömare eller skadereglerare som har hand om ärendet. Ett samtal kan ge kompletterande upplysningar och eventuella missförstånd kan klaras upp. Tycker du inte att du fått rättelse, vänd dig då till handläggarens närmaste chef. Om du efter förnyad kontakt med oss ändå inte är nöjd finns följande möjligheter att få ärendet omprövat.

Personförsäkringsnämnden (PFN)

PFN är en nämnd för alternativ tvistlösning vid tvister rörande sjuk-, olycksfalls- och livförsäkring när stöd behövs av rådgivande läkare i försäkringsmedicinska frågor. Efter att anmälan gjorts till nämnden yttrar sig försäkringsbolaget och därefter lämnar PFN ett rådgivande yttrande.

Svensk Försäkrings Nämnder Personförsäkringsnämnden Box 24067
104 50 Stockholm www.forsakringsnamnder.se

Försäkringsnämnden

Försäkringsnämnden är en från bolaget fristående och opartisk instans som kan överpröva beslut som fattats av bolaget. I nämnden är ordföranden domare eller annan framstående jurist och endast sekreteraren är från Sensor Försäkring. Nämnden prövar inte alla typer av tvister, exempelvis ärenden som rör medicinska frågor och ärr, eller där nämnden anser att muntlig bevisning behövs. Nämnden prövar inte heller ärenden där anspråket är lägre än 1 000 kronor, eller högre än 1 miljon kronor. Nämndens beslut är bindande för Sensor Försäkring.

Mer information kring nämnden och hur du gör en anmälan hittar du på vår hemsida www.sensorforsakring.se. Din begäran om prövning måste inkomma senast sex månader efter det att vi har meddelat slutligt beslut.

Försäkringsnämnden 106 26 Stockholm
forsakringsnamnden@trygghansa.se

Allmänna reklamationsnämnden (ARN)

ARN är en myndighet som prövar tvister mellan konsumenter och näringsidkare. Det är konsumenten som gör anmälan. Anmälan till ARN ska ha kommit in senast ett år efter det att konsumenten reklamerat till försäkringsbolaget. Försäkringsbolaget yttrar sig sedan över anmälan. Nämnden rekommenderar en lösning av tvisten.

Allmänna reklamationsnämnden Box 174
101 23 Stockholm www.arn.se

Allmän Domstol

Oavsett omnämndprövning skett kan du ta upp tvisten till rättslig prövning i domstol. Vissa möjligheter finns att få kostnader ersatta av den allmänna rättshjälpen och från rättsskyddsförsäkringen i till exempel hemförsäkringen.

Du kan också få upplysningar och vägledning i försäkringsfrågor av: Konsumenternas försäkringsbyrå Box 24215
104 51 Stockholm www.konsumenternas.se

Klagomål och tvist rörande försäkringsförmedlingen

Om du har några synpunkter på försäkringsförmedlingen är du välkommen att kontakta Sensor Försäkrings klagomålsansvarig, telefonnummer 010 410 03 10 eller klagomalsansvarig@sensorforsakring.se. Tvist med Sensor Försäkring angående förmedlingen kan prövas av Allmänna reklamationsnämnden. Det finns också möjlighet att få tvisten prövad av allmän domstol.

BEGREPPSFÖRKLARINGAR

Ansvarstid

Ansvarstiden är den tid under vilken ersättning kan lämnas för varje försäkringsfall.

Avtalsinformation

Försäkringsbesked till avtalspart som anger försäkringens omfattning.

Eftervård

Behandling som enligt beprövad medicinsk erfarenhet är nödvändig i rehabiliterande syfte efter en ersättningsbar privat operation. När det inte längre kan ske en förbättring av läkningen i skadan så är det inte längre eftervård. Eftervård är således inte upprätthållande vård och ska inte ersätta individens egenvård efter en operation.

Fullt arbetsför

För att kunna räknas som fullt arbetsför ska den person som ansöker om försäkring

- kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan begränsningar,
- inte ta emot eller ha rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionsnedsättning eller ha vilande sådan ersättning,
- inte ha lönebidragsanställning eller liknande anställning, eller av hälsoskäl ha fått anpassat arbete.

Förskydd

Premiefri tid som kan ingå i ett gruppavtal.

Försäkrad

Den person på vars liv eller hälsa en försäkring gäller.

Försäkringsbesked

För gruppförsäkring utfärdas försäkringsbesked som ger en översiktlig information om försäkringsavtalslagen och om försäkringens omfattning.

Försäkringsfall

Ersättningsgrundande händelse.

Försäkringstid

Den tid för vilken försäkrad träffat avtal om gruppförsäkring.

Grupp

Den juridiska person, företag eller organisation som träffat gruppavtal med Sensor Försäkring.

Gruppföreträdare

Den fysiska person som enligt överenskommelse med Sensor Försäkring och Gruppen företräder gruppen eller dess medlemmar i kontakten med försäkringsgivaren.

Gruppmedlem

Den som på grund av anställning eller annan grund tillhör den grupp som bestäms av gruppavtalet och kan försäkras enligt gruppavtalet.

Offentlig vård

Vårdinsats som betalas enligt landstingets fastställda patientavgifter.

Olycksfallsskada

Med olycksfallsskada avses kroppsskada som drabbat den försäkrade ofrivilligt genom en plötslig oförutsedd yttre händelse, ett utifrån kommande våld mot kroppen.

Planerad vård

Vård som kan bokas i förväg, för sjukdom eller olycksfall som inte kräver snabbt omhändertagande.

Privat vård

Vårdinsats som inte till någon del är offentligt finansierad.

Sjukdom

En konstaterad försämring av hälsotillståndet under försäkringstiden, som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt detta villkor.

Försäkringen ersätter enligt de villkor som gäller när sjukdom blir aktuell. Med detta avses när försämringen av hälsotillståndet första gången påvisades av läkare. Detta sammanfaller inte alltid med tidpunkten för sjukdomsdebuten.

Skandinavien

Med Skandinavien avses Sverige, Danmark och Norge.



SENSOR FÖRSÄKRING

A part of Sensor Group

Vi finns här för dig

Kundservice:

<https://www.sensorforsakring.se/privat/kontakta-oss/>

Tel:

010-410 03 10

Anmäl skada:

0771-111670

Besök oss på:

[sensorforsakring.se](https://www.sensorforsakring.se)

[sensorforsakring.se](https://www.sensorforsakring.se)