

Översikt

Inledning

Dessa villkor gäller för Vårdförsäkring Kollektiv som är tecknad som frivillig eller obligatorisk gruppörsäkring i SEB Pension och Försäkring AB, organisationsnummer 516401-8243 nedan kallat Försäkringsbolaget. Dessa villkor omfattar alla försäkringsmoment, notera dock att alla försäkringsavtal inte innehåller alla försäkringsmoment.

Innehåll

1. Försäkringsavtalet	1
2. Premier	2
2.1 Allmänt om premie	2
2.2 Premiebetalning	2
3. Rätt till ersättning	3
3.1 Vad ersätter försäkringen	3
3.2 Vårdgaranti	4
3.3 Övertaganderegler	4
4. Valbar omfattning	5
4.1 Utan remisskrav	5
4.2 Utan remisskrav	5
4.3 Hälsundersökning	5
4.4 Självrisk	5
4.5 Utlandsanställd	5
4.6 Rehabilitering	5
5. Service och rådgivning	7
6. Ansvarstid och högsta ersättning	7
7. Begränsningar i rätten till ersättning	7
7.1 Sjukdom eller olycksfallsskada innan försäkringen träder i kraft	7
7.2 Viss vård och vissa behandlingar m.m	7
7.3 Kostnader som ersätts från annat håll	7
7.4 Uteblivna besök	7
7.5 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador	7
7.6 Övriga begränsningar	8
8. Utbetalning	8
9. Ordlista	9
Om du inte är nöjd	10
Information enligt dataskyddsförordningen ((EU) 2016/679)	10

Ordlistan

I villkoren finns ett antal fackord som inte förklaras där du finner dem i den löpande texten.

Vi har samlat förklaringarna på ett ställe, i ordlistan.

1. Försäkringsavtalet

Gruppavtalet

Till grund för vårdförsäkringen ligger ett gruppavtal mellan Försäkringsbolaget och en företrädare för gruppen av de försäkringsberättigade. Ett gällande gruppavtal är en förutsättning för att grupp-företrädaren eller en försäkringsberättigad person ska kunna teckna en försäkring och vidare en förutsättning för att försäkringen ska bestå.

Om försäkringen är en obligatorisk gruppörsäkring utgör gruppavtalet samtidigt ett försäkringsavtal om Vårdförsäkring Kollektiv för gruppen av de försäkringsberättigade.

Parter

Parter är dels försäkringstagaren, dels Försäkringsbolaget.

Vem får teckna försäkringen?

Frivillig gruppörsäkring

Fysisk person som uppfyller förutsättningarna för att ingå i den försäkringsberättigade gruppen enligt ett gällande gruppavtal, har rätt att teckna försäkring.

Obligatorisk gruppörsäkring

Om försäkringen är en obligatorisk försäkring tecknar grupp-företrädaren försäkringen för gruppen av de försäkringsberättigade. Den som tecknar försäkringen är försäkringstagare.

Referens: Förutsättningar för att kunna omfattas av försäkringen, utöver de krav som uppställs för att omfattas av gruppavtalet, framgår av 1. "Försäkringsavtalet", "Vad krävs av den försäkrade?".

Förutsättningar

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren skriftligen eller på annat sätt enligt avtal lämnat till Försäkringsbolaget.

För försäkringsavtalet gäller vad som anges i försäkringsbekräftelsen och de handlingar som hör till denna, i förekommande fall i försäkringsbeskedet samt i dessa villkor och i gruppavtalet. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller även vad som anges i avtalet om TryggPlan och därtill hörande handlingar och villkor.

Försäkringen har inte tecknats i samband med tjänst.

Tillämpliga lagar

För försäkringsavtalet gäller försäkringsavtalslagen (2005:104) och svensk allmän lag i övrigt.

Tvist angående avtalet ska prövas av svensk domstol. Detta gäller även om tvisten avser sjukdom eller olycksfallsskada som inträffat utomlands.

Minsta antal försäkrade

För att ett avtal om obligatorisk gruppörsäkring ska kunna ingås måste vid tidpunkten för tecknandet av avtalet antalet anställda som ska vara försäkrade i försäkringen uppgå till minst fem personer. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan gäller att de försäkrade ska ingå i en och samma förmånsgrupp. Dessa förutsättningar gäller även vid förnyelse av avtalet.

Undantag: Om avtalet är träffat inom ett avtal om TryggPlan – dock ej TryggPlan Total – gäller istället att det är tillräckligt att en person är försäkrad.

Vad krävs av den försäkrade?

Vid tecknandet av en frivillig gruppörsäkring, eller vid den tidpunkt då den försäkrade anmäls till en obligatorisk gruppörsäkring ska den försäkrade vara fullt arbetsför och ha fyllt 16 år, men inte 66 år. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan – dock ej TryggPlan Total – krävs dessutom att delmomentet premiebefrielse gäller för den försäkrade.

Villkor år 2024 Vårdförsäkring Kollektiv

Under hela försäkringstiden ska den försäkrade uppfylla de förutsättningar som uppställs i gruppavtalet för att ingå i gruppen av försäkringsberättigade och

- vara folkbokförd och bosatt i Sverige, eller
- vara anställd och ha sin huvudsakliga sysselsättning i Sverige, men ha sin fasta bostättning i annat nordiskt land och besöka hemorten regelbundet.

Med regelbundet avses minst en hemresa per vecka.

En försäkrad kan omfattas av försäkringen längst t.o.m. det försäkringsår den försäkrade fyller 80 år, om försäkringen inte upphört av annan anledning dessförinnan.

Efter 70 års ålder gäller försäkringen endast för kostnader som uppstår efter det att remiss utfärdats av läkare enligt 3.1 Vad gäller angående remiss? och med självrisk enligt 4.4.

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan omfattas den försäkrade längst till 65 års ålder, eller till sin pensionsålder om denna inträder före 65 års ålder.

Observera! Om den försäkrade inte uppfyller dessa krav omfattas han eller hon inte av försäkringen.

När inträder Försäkringsbolagets ansvar?

Frivillig gruppförsäkring

Försäkringen börjar gälla från och med den första dagen i månaden efter den dag som Försäkringsbolaget beviljat försäkringen för den försäkrade.

Obligatorisk gruppförsäkring

Vid ingående av gruppavtal börjar försäkringen gälla för den försäkrade den första dagen i månaden efter den dag Försäkringsbolaget beviljat försäkringen för den försäkrade.

Om den försäkrade först efter att gruppavtalet har ingåtts uppfyller förutsättningarna för att tillhöra den försäkringsberättigade gruppen och förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, inträder Försäkringsbolagets ansvar den dag då den försäkrade uppfyller dessa förutsättningar.

Undantag: Om det framgår av ansökningshandlingarna eller på annat sätt att försäkringsavtalet ska börja gälla vid senare tidpunkt inträder Försäkringsbolagets ansvar vid den tidpunkten.

I sådana fall börjar försäkringen gälla vid den tidpunkten.

Krav på anmälan och avanmälan vid obligatorisk gruppförsäkring

Krav på anmälan

Vid ingående av gruppavtalet ska gruppöreträdaren anmäla de personer som tillhör gruppen av försäkringsberättigade, och som uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, till Försäkringsbolaget senast vid ett av Försäkringsbolaget anvisat datum.

Gruppöreträdaren ska även anmäla en försäkrad som först efter det att gruppavtalet ingåtts uppfyller förutsättningarna för att tillhöra gruppen av försäkringsberättigade, och som uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, senast vid ett av Försäkringsbolaget anvisat datum.

Om gruppöreträdaren inte anmäler samtliga försäkrade som uppfyller förutsättningarna för att tillhöra gruppen av försäkringsberättigade, och som uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, och premien därmed inte betalats i rätt tid har Försäkringsbolaget rätt att säga upp försäkringen till upphörande.

Referens: Beträffande uppsägning till följd av utebliven eller försenad betalning, se 2. "Premier".

Krav på avanmälan

Om den försäkrade inte längre omfattas av försäkringen på grund av att han eller hon inte längre uppfyller de förutsättningar som uppställs i gruppavtalet för att ingå i gruppen av försäkrade, eller att den försäkrade inte längre uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen, ska försäkringstagaren avanmäla den försäkrade senast månaden efter utträdet ur gruppen eller den tidpunkt då den försäkrade inte längre uppfyller förutsättningarna för att omfattas av försäkringen.

Observera! Om ersättning har utbetalats när den försäkrade inte omfattades av försäkringen är försäkringstagaren återbetalningsskyldig.

Försäkringstiden

Om inte något annat har avtalats upphör försäkringen vid avtalstidens slut för gruppavtalet med gruppöreträdaren.

Försäkringstiden anges i försäkringsbekräftelsen och i förekommande fall i försäkringsbeskedet.

Förnyelse av försäkringen

Om inte annat avtalats förnyas försäkringen med ett år vid försäkringstidens slut genom att försäkringstagaren betalar den premie som

Försäkringsbolaget underrättat försäkringstagaren om genom att skicka en avi till denne. Om högre premie eller ändrade villkor ska gälla för den nya försäkringen ska Försäkringsbolaget meddela detta senast i samband med att premieavin skickas.

Om Försäkringsbolaget inte önskar förnya försäkringsavtalet ska motparten skriftligen underrättas om detta senast 30 dagar före försäkringstidens slut.

Efterskydd

Efterskydd innebär att försäkringen fortsätter att gälla trots att försäkringen har upphört på grund av att den försäkrade utträtt ur den försäkrade gruppen av annat skäl än att denne har uppnått ordinarie slutålder.

Efterskydd gäller i tre månader efter det att försäkringen upphört, dock längst till ordinarie slutålder. Rätten till efterskydd gäller dock inte om försäkringen varit i kraft under kortare tid än sex månader och inte heller i den utsträckning den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare.

Momentet rehabilitering omfattas inte av efterskydd.

Referens: Beträffande den försäkrade gruppen, se 1. "Försäkringsavtalet".

Fortsättningsförsäkring

Om försäkringen har upphört på grund av att försäkringsbolaget sagt upp försäkringen till försäkringstidens utgång eller att gruppavtalet sagts upp har den försäkrade rätt att, inom tre månader, teckna en fortsättningsförsäkring med liknande omfattning som gällde då försäkringen upphörde. Rätten till fortsättningsförsäkring gäller dock inte om försäkringen har varit i kraft under kortare tid än sex månader och inte heller i den utsträckning den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare.

Om försäkringen har upphört på grund av att den försäkrade inte längre uppfyller kraven för att ingå i gruppen av försäkrade som uppställs i gruppavtalet har den försäkrade rätt att, inom tre månader, teckna en fortsättningsförsäkring med liknande omfattning som gällde när försäkringen upphörde. Rätten till fortsättningsförsäkring gäller dock inte om försäkringen har varit i kraft under kortare tid än sex månader.

Momentet rehabilitering omfattas inte av rätt att teckna fortsättningsförsäkring.

2. Premier

2.1 Allmänt om premie

Försäkringstagarens skyldighet när det gäller att upprätthålla försäkringsavtalet består i att betala premien på det sätt som försäkringsavtalet anger.

Beräkning av premie

Frivillig gruppförsäkring

För frivillig gruppförsäkring bestäms premien för försäkringstiden utifrån den försäkrades ålder.

Obligatorisk gruppförsäkring

För obligatorisk gruppförsäkring bestäms premien för avtalstiden för gruppavtalet. För obligatorisk gruppförsäkring uppgår premien till antalet anslutna försäkrade multiplicerat med årspremien för varje försäkrad. När den försäkrade ansluts till försäkringen under avtalstiden uppgår premien till den del av årspremien för den försäkrade som belöper på återstående försäkringstid.

Avtal om TryggPlan

När en obligatorisk gruppförsäkring är tecknad inom ett avtal om TryggPlan – dock ej TryggPlan Total eller TryggPlan Avtal Plus – bestäms premien utifrån den försäkrades ålder.

Premien räknas om på förfallodagen vid förnyelse av försäkringsavtalet respektive gruppavtalet. Vid förnyelse har Försäkringsbolaget rätt att ändra premien.

2.2 Premiebetalning

Premiebetalningen regleras i avtalet

Rättigheter och skyldigheter vid premiebetalning regleras i försäkringsavtalet. Av försäkringsbekräftelse och, i förekommande fall, fakturaspecifikation framgår den avtalade premien och premieförfallodagen.

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller det som framgår av TryggPlan-avtalet.

När ska premien betalas?

Premien ska betalas på den i fakturan eller på annat sätt, angivna förfallodagen.

Utebliven eller försenad betalning

Om premien inte betalas i rätt tid har Försäkringsbolaget rätt att säga upp försäkringen till upphörande. Uppsägningen får verkan 14 dagar efter den dag då uppsägningen avsändes, om inte premien betalas inom denna frist.

Återupplivning

Om dröjsmålet inte avser första premien och premien betalas inom tre månader från det att uppsägningen fått verkan, återupplivas försäkringen till att gälla enligt sin tidigare omfattning från och med dagen efter den dag då premien betalas. Beträffande obligatorisk grupp-försäkring kan återupplivning endast ske för hela gruppen.

Om försäkringstagaren begär att en försäkring, som på grund av dröjsmål med premiebetalning upphört att gälla, ska återupplivas, har Försäkringsbolaget rätt att ta ut en särskild avgift för att genomföra återupplivningen av försäkringen. Försäkringsbolaget fastställer återupplivningsavgiften löpande. Avgiften får högst uppgå till 2 procent av ett prisbasbelopp.

Avgift för särskild underrättelse vid obetald premie

Den försäkrade kan begära en särskild underrättelse från Försäkringsbolaget för det fall att försäkringen sägs upp på grund av obetald premie. Försäkringsbolaget har rätt att ta ut en avgift i samband med en sådan begäran. Försäkringsbolaget kan begära att avgiften erläggs särskilt av försäkringstagaren eller den försäkrade. Försäkringsbolaget fastställer avgiften för särskild underrättelse löpande. Avgiften får högst uppgå till 2 procent av ett prisbasbelopp.

Premieuppehåll vid tjänstledighet

Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, föreligger det rätt till premieuppehåll vid tjänstledighet. Villkoren för detta regleras i villkoren för TryggPlan-avtalet.

Dröjsmålsränta

Om en premie inte betalas på förfallodagen har Försäkringsbolaget rätt att kräva dröjsmålsränta enligt räntelagen (1975:635).

3. Rätt till ersättning

3.1 Vad ersätter försäkringen?

Allmänt om rätt till ersättning?

- Vid sjukdom eller olycksfallsskada som uppkommer under försäkringstiden – så kallat försäkringsfall – lämnar försäkringen ersättning för kostnader för vård enligt vad som framgår av detta avsnitt. Läs mer om när ett försäkringsfall har uppkommit och i övrigt om definitionen i ordlistan i avsnitt 9. Försäkringen kan även lämna ersättning avseende en sjukdom- eller olycksfallsskada som har uppkommit innan försäkringstiden under förutsättning att den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst två år.

Observera! Efter vissa typer av operationer anses den försäkrade aldrig som symtomfri. Läs mer i avsnitt 9 "Ordlistan" under definitionen av symtom.

- Kostnaderna ska uppstå under försäkringstiden.
- Kostnaderna ska vara hänförliga till vård, ytterligare bedömning, hjälpmedel eller hemhjälp som tillhandahålls i Sverige, eller resor och logi i Sverige. Dock kan ersättning lämnas för kostnader för vård utomlands under de förutsättningar som framgår av avsnittet "Vård i utlandet" nedan.

Av respektive moment nedan framgår vilka ytterligare krav som uppställs för att rätt till ersättning ska föreligga för kostnaden och vidare regleras vad som gäller beträffande remiss nedan under rubriken "Vad gäller angående remiss?".

Vad gäller angående remiss?

Försäkring med remisskrav

När försäkringen gäller med remisskrav innebär det att försäkringen inte täcker kostnader för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande vårdarbete och rehabilitering som tillgodoses inom primärvården.

Vid behov av vård ska den försäkrade vända sig till läkare inom primärvården, som ska utföra eller låta utföra sådan grundläggande medicinsk utredning/behandling som åligger primärvården. Vad som ingår i en grundläggande medicinsk utredning/behandling är beroende av aktuell sjukdom eller skada och kan till exempel omfatta provtagning, fysioterapi, röntgenundersökning, behandling eller annan undersökning.

Om det efter den grundläggande medicinska utredningen framgår att vårdansvaret ska överföras till den specialiserade vården utfärdar behandlande läkare inom primärvården en remiss till läkare inom

specialistvården. Försäkringen kan då lämna ersättning för kostnader inom specialistvården om övriga förutsättningar för ersättning är uppfyllda.

För behandling hos psykolog eller psykoterapeut är det tillräckligt att behandlande läkare inom primärvården bedömer att behandling hos sådan vårdgivare är nödvändig för det aktuella försäkringsfallet.

Försäkring utan remisskrav

När försäkringen gäller utan remisskrav innebär det att försäkringen kan lämna ersättning för kostnader även utan att en grundläggande medicinsk behandling utförts i primärvården.

Särskilt om vissa vårdgivare

Oavsett om försäkringen gäller med eller utan remisskrav är det dock en förutsättning för behandling hos dietist, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, arbetsterapeut, logoped, psykolog och psykoterapeut att remiss lämnas av specialistläkare.

Undersökning, vård och behandling hos privat vårdgivare Försäkringen lämnar ersättning för kostnader för utredning, vård och behandling i privat öppen och sluten vård hos

- läkare,
- psykolog, psykoterapeut,
- fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och arbetsterapeut,
- logoped, och
- dietist.

Allmänna förutsättningar

Undersökningen, vården och behandlingen ska vara medicinskt befogad. Vårdgivaren ska bokas i förväg av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare. Kostnaden ska vara nödvändig och skäligen samt godkänd i förväg av Försäkringsbolaget.

Observera! Ovan under rubriken "Vad gäller angående remiss?"

framgår vilka förutsättningar som gäller för remiss beroende på om försäkringen gäller utan eller med krav på remiss och beroende på vilken vårdgivare som avses.

Begränsat antal behandlingstillfällen

Avseende följande vårdgivare gäller begränsningar av antalet behandlingstillfällen som ersätts för samma försäkringsfall:

- försäkringen ersätter maximalt tio behandlingstillfällen hos psykolog och psykoterapeut. Även om behandlingen avser olika försäkringsfall ersätter försäkringen maximalt tio behandlingstillfällen under samma försäkringstid,
- försäkringen ersätter maximalt 15 behandlingstillfällen hos fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och arbetsterapeut,
- försäkringen ersätter maximalt fem behandlingstillfällen hos dietist,
- försäkringen ersätter maximalt fem behandlingstillfällen hos logoped.

Ytterligare bedömning

När den försäkrades sjukdom eller olycksfallsskada har bedömts av läkare föreligger som huvudregel inte rätt till ersättning för kostnader för en ytterligare bedömning, så kallad second opinion.

Försäkrad som står inför svåra medicinska ställningstaganden, har dock rätt till en (1) ny bedömning från specialist i följande fall

- vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller olycksfallsskada,
- om den försäkrade står inför valet att utsätta sig för särskilt riskfylld behandling, det vill säga att behandlingen i sig kan vara livshotande eller ge ökade bestående men utöver vad som följer av sjukdomen eller olycksfallsskadan.

Försäkringsbolaget avgör om kraven för att den försäkrade ska vara berättigad till en ytterligare bedömning är uppfyllda. En ytterligare bedömning tillhandahålls i form av Second Opinion i Sverige och/eller Global Second Opinion.

Observera! Försäkringen ersätter endast kostnader hänförliga till vård i Sverige. Den försäkrade har inte rätt till ersättning för kostnader hänförliga till vård utomlands, eller kostnader som uppkommer i samband med vård utomlands.

Second Opinion i Sverige

Den försäkrade undersöks på nytt av en specialist i Sverige.

Global Second Opinion

Den försäkrade undersöks inte på nytt utan den ytterligare bedömningen görs av en specialist, i Sverige eller utomlands, på befintliga journalhandlingar och övrigt relevant och tillgängligt medicinskt material.

Global Second Opinion för familjemedlem

Den försäkrades make/registerade partner/sambo, eller den försäkrades barn som inte har fyllt 20 år kan, på de villkor som beskrivs nedan, vara berättigad till en ytterligare bedömning i form av Global Second Opinion.

Villkor år 2024 Vårdförsäkring Kollektiv

Dessa personer benämns nedan familjemedlemmar.

Försäkringen måste ha varit i kraft i minst två år innan den tidpunkt då familjemedlemmen får begära en ytterligare bedömning av specialist. Vid denna tidpunkt ska familjemedlemmen sedan minst två år ha varit folkbokförd på samma adress som den försäkrade. Därutöver gäller även för familjemedlemmen de allmänna förutsättningarna för att erhålla en ytterligare bedömning, se ovan.

Utöver möjligheten att få en ytterligare bedömning har familjemedlemmen inte rätt till ersättning från försäkringen, eller rätt att ta del av de servicemoment som försäkringen tillhandahåller. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget.

Eftervård/Medicinsk rehabilitering

Försäkringen lämnar efter ersättningsbar operation ersättning för nödvändiga och skäligena kostnader för medicinsk rehabilitering efter remiss från läkare och av läkare utförd eller föreskriven eftervård. För samma försäkringsfall lämnar försäkringen ersättning i högst sex månader efter det att eftervården eller den medicinska rehabiliteringen påbörjades. Om eftervården avser behandling i slutenvård lämnar försäkringen dock ersättning i högst 21 dagar efter det att eftervården påbörjades. Ersättning lämnas inte för vistelse på kur-, spa- eller liknande anläggning.

Om eftervården eller den medicinska rehabiliteringen avser fysioterapi lämnar försäkringen – utöver den ersättning som kan lämnas enligt punkten "Undersökning, vård och behandling hos privat vårdgivare" – ersättning för högst tio behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Eftervården /den medicinska rehabiliteringen ska vara medicinskt befogad och godkänd i förväg av Försäkringsbolaget. Vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

Kristerapi

Utöver den ersättning som kan lämnas enligt punkten "Undersökning, vård och behandling hos privat vårdgivare" lämnar försäkringen ersättning för nödvändiga och skäligena kostnader för kristerapi i form av behandling hos legitimerad psykolog eller psykoterapeut. Detta förutsätter att den försäkrade drabbats av en krisreaktion på grund av

- den försäkrades makes/makas/registrerad partners/sambos eller barns död,
- överfall, hot, rån eller våldtäkt som riktats mot den försäkrade och som den försäkrade polisanmält. Dock lämnas inte ersättning i detta fall om den som utfört handlingen är anhörig till den försäkrade eller om handlingen riktades mot den försäkrade under dennes arbetstid.

Kostnaden ska godkännas av Försäkringsbolaget i förväg och vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

För samma dödsfall eller våldshandling ersätts maximalt fem behandlingstillfällen.

Hjälpmedel

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligena kostnader för hjälpmedel som anses nödvändigt för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning. Hjälpmedel för stadigvarande bruk ersätts inte.

Ersättning lämnas för ett (1) hjälpmedel inklusive utprovning per sjukdom eller olycksfall till en kostnad upp till 3 000 kr. För hjälpmedel efter operation lämnas ersättning till en sammanlagd kostnad upp till ett halvt (0,5) prisbasbelopp.

Hjälpmedlet ska vara godkänt av ansvarig hjälpmedelshuvudman och föreskrivet av behandlande läkare. Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget.

Försäkringen lämnar inte ersättning för hjälpmedel i form av glasögon, linser, hörselhjälpmedel, peruk och CPAP.

Försäkringen lämnar inte heller ersättning för borttappade, stulna och skadade hjälpmedel.

Vård i utlandet

Med avvikelse från vad som framgår i avsnittet "Allmänt om rätt till ersättning" gäller att försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligena kostnader för sådan sjukvård i utlandet som inte går att erbjuda i Sverige och endast efter remiss från läkare vid ett läkarbesök som bokats av Försäkringsbolaget. Sjukvården utomlands ska vara medicinskt befogad.

Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget. Försäkringsbolaget bokar inte sjukvården i utlandet.

Försäkringen lämnar ersättning för behandlingskostnaden i utlandet, dock maximalt med ett belopp som uppgår till kostnaden som en behandling av motsvarande storlek skulle ha i Sverige.

Patientavgifter

Försäkringen lämnar ersättning för kostnader som är ersättningsbara genom försäkringen som avser,

- patientavgifter upp till gällande högkostnadsskydd,
- avgifter för slutenvård på offentligt sjukhus.

Resor och logi

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligena merkostnader för resor och logi på grund av planerad privat vård som bokats av Försäkringsbolaget. När den försäkrades folkbokföringsadress är belägen på mer än 50 kilometers avstånd från vårdgivaren, eller om det annars finns särskilda skäl kan ersättning lämnas för sådana merkostnader även i samband med annan vård. Försäkringsbolaget avgör från fall till fall om särskilda skäl föreligger.

Om det vid slutenvård av medicinska skäl anses nödvändigt, och även är föreskrivet av läkare, att anhörig medföljer den försäkrade, lämnas ersättning även för en sådan anhörigs merkostnader för resa och logi.

Kostnader för resor och logi ska godkännas i förväg av Försäkringsbolaget och bokas via Försäkringsbolagets Reseservice, se vidare punkt 5 "Reseservice".

Hemhjälp

Försäkringen lämnar ersättning för nödvändiga och skäligena kostnader för hemhjälp efter hemkomst från operation som kan ersättas av försäkringen.

För samma sjukdom eller olycksfallsskada ersätts hemhjälp med sammanlagt maximalt tolv timmar (inklusive restid) under en period av högst tio dagar.

Kostnaden för hemhjälp ska godkännas i förväg av Försäkringsbolaget och vara remitterad av opererande vårdgivare inom SEBs vårdgivarnätverk. Den försäkrade ska lämna en specificerad offertförfrågan för tjänsten och hemhjälpstjänsten ska utföras av ett företag med F-skattsedel och registrerat organisationsnummer.

3.2 Vårdgaranti

Specialistläkare

När försäkringen lämnar ersättning för kostnader för besök hos specialistläkare inom privat sjukvård innehåller försäkringen en vårdgaranti som innebär att den försäkrade ska få besöka en specialistläkare inom Försäkringsbolagets vårdgivarnätverk inom sex arbetsdagar. Tiden för vårdgarantin räknas från och med att remiss för specialistläkarvård har inkommit till Försäkringsbolaget.

Operation

När försäkringen ersätter kostnader för operation inom privat sjukvård innehåller försäkringen en vårdgaranti som innebär att den försäkrade ska få en operation genomförd inom 21 dagar. Tiden för vårdgarantin räknas från och med att Försäkringsbolaget godkänt operationen.

Ersättning

Om vårdgarantin inte uppfylls får den försäkrade 500 kronor per dygn från och med dagen efter den dag den försäkrade enligt vårdgarantin senast ska få besöka specialistläkare eller få en operation genomförd. Ersättning utgår till dess att operationen eller specialistläkarbesöket genomförts. För samma försäkringsfall lämnar försäkringen ersättning med ett belopp som uppgår till maximalt den senast erlagda årspremien för den försäkrades vårdförsäkring.

Vårdgarantin gäller inte om

- operationen måste senareläggas av medicinska skäl,
- den försäkrade inte accepterar erbjuden tid och plats för operation eller specialistläkarbesök,
- den försäkrade väljer ett annat operationsalternativ,
- den försäkrade tillsammans med behandlande läkare kommer överens om operation vid senare tidpunkt än 21 dagar.

3.3 Övertaganderegler

När den försäkrade har omfattats av en vårdförsäkring i form av en obligatorisk eller frivillig gruppövertagning hos en annan försäkringsgivare gäller följande.

Även kostnader som är till följd av ett försäkringsfall som har uppkommit innan försäkringstiden för Vårdförsäkring Kollektiv ersätts av Försäkringsbolaget i enlighet med dessa villkor, det förutsätter dock:

- Att den försäkrade vid den tidpunkt då försäkringsfallet uppkom omfattades av den tidigare gällande försäkringen, och
- att försäkringsfallet även medfört rätt till ersättning enligt villkoren för den tidigare gällande försäkringen, och

Villkor år 2024 Vårdförsäkring Kollektiv

- att den försäkrade varit symtom- och behandlingsfri avseende aktuellt försäkringsfall i en period om minst 24 månader någon gång under perioden från 24 månader före det att den tidigare försäkringen tecknats till dess att Vårdförsäkring Kollektiv trätt i kraft.
Observera! Efter vissa typer av operationer anses den försäkrade aldrig som symtomfri. Läs mer i avsnitt 9 "Ordlistan" under definitionen av symtom.
- att Vårdförsäkring Kollektiv börjar gälla för den försäkrade dagen efter den dag den tidigare gällande försäkringen upphört, och
- att Försäkringsbolaget bedömer att omfattningen av den tidigare gällande vårdförsäkringen motsvarar Vårdförsäkring Kollektiv.

Vårdförsäkring Kollektiv ersätter inte kostnader som är föranledda av försäkringsfall som, enligt villkoren för ansvarstid för den tidigare gällande försäkringen, kan ersättas av den försäkringen. När antalet vårdtillfällen som kan ersättas av Vårdförsäkring Kollektiv är begränsade, avräknas eventuellt nyttjade vård- och behandlingstillfällen som ersatts av den tidigare gällande försäkringen.

4. Valbar omfattning

4.1 Uppgradering

Gruppföreträdaren har i samband med ingående av gruppavtalet, eller vid förnyelse av avtalet, möjlighet att avtala att de försäkringar som tecknas baserat på avtalet ska uppgraderas. En sådan förändring ska gruppföreträdaren meddela skriftligen till Försäkringsbolaget senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekräftelsen och försäkringsbeskedet om försäkringen är uppgraderad.

Allmänt om rätt till ersättning

Utöver den ersättning som lämnas enligt 3.1 "Vad ersätter försäkringen?" ersätter en uppgraderad försäkring den försäkrades kostnader för de moment som anges i detta avsnitt. Av respektive moment framgår förutsättningarna för ersättning. Därutöver gäller även vad som framgår av "Allmänt om rätt till ersättning" i avsnitt 3.1.

Läkemedel

Försäkringen lämnar ersättning för kostnader som är ersättningsbara genom försäkringen för av läkare föreskrivet, receptbelagt och subventionerat läkemedel upp till gällande högkostnadsskydd.

Medicinsk rehabilitering

Under samma förutsättningar som gäller för att försäkringen ska lämna ersättning för medicinsk rehabilitering enligt momentet "Eftervård/ Medicinsk rehabilitering" lämnar försäkringen ersättning för medicinska åtgärder som ska hjälpa den försäkrade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och återfå övriga förutsättningar för återgång till normalt liv i högst två år efter det att den medicinska rehabiliteringen påbörjades.

Hjälpmedel

Utöver den rätt till ersättning som framgår av momentet "Hjälpmedel" i avsnitt 3.1 lämnar försäkringen ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader för hjälpmedel som kompenserar för funktionsnedsättning.

Förutsättningarna för ersättning framgår av punkten "Hjälpmedel" i avsnitt 3.1 "Allmänt om rätt till ersättning" ovan.

Behandling hos fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och arbetsterapeut

Under samma förutsättningar som gäller för ersättning enligt punkten "Undersökning, vård och behandling hos privat vårdgivare" i avsnitt 3.1 "Allmänt om rätt till ersättning" lämnar försäkringen ersättning för behandling hos sjukgymnast, naprapat och kiropraktor utan att antalet besök är i förväg begränsat till ett visst antal.

För samma försäkringsfall lämnas ersättning maximalt i 24 månader.

Behandling hos psykolog eller psykoterapeut

Under samma förutsättningar som gäller för ersättning enligt punkten "Undersökning, vård och behandling hos privat vårdgivare" lämnar försäkringen ersättning för behandling hos psykolog och psykoterapeut utan att antalet besök är i förväg begränsat till ett visst antal.

För samma försäkringsfall lämnas ersättning maximalt i 24 månader.

Missbruksavvänjning

Försäkringen ersätter kostnader med upp till högst två prisbasbelopp för en oavbruten behandlingsperiod vid diagnostiserat missbruk av alkohol, narkotika, medicin eller spel under förutsättning att det är medicinskt motiverat med behandling. Behandlingen ska anvisas och godkännas av Försäkringsbolaget i förväg och genomföras i Sverige.

Försäkringen täcker inte kostnader som uppkommer inom ett år från det att uppgraderingen började gälla för den försäkrade. Försäkringen

täcker endast en behandlingsperiod oavsett diagnos till dess den försäkrade uppnår slutåldern för försäkringen.

4.3 Hälsoundersökning

Gruppföreträdaren har i samband med ingående av gruppavtalet, eller vid förnyelse av avtalet, möjlighet att avtala att de försäkringar som tecknas baserat på avtalet ska omfatta försäkringsmomentet hälsoundersökning.

En sådan förändring ska gruppföreträdaren meddela skriftligen senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekräftelsen och försäkringsbeskedet om försäkringen lämnar ersättning för den försäkrades kostnader för hälsoundersökningar.

Om försäkringen omfattar hälsoundersökningar lämnar försäkringen ersättning för den försäkrades kostnader för regelbundna hälsoundersökningar. Hälsoundersökning ersätts första gången när den försäkrade omfattas av försäkringsmomentet hälsoundersökning under en sammanhängande tid av tre hela försäkringsår. Därefter lämnas ersättning vart tredje år. Undersökningen ska i huvudsak omfatta

- undersökning och provtagning hos sjuksköterska,
- läkarundersökning med rådgivning och genomgång av provsvar,
- Kostnaden ska vara hänförlig till hälsoundersökning som tillhandahålls i Sverige.

Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget, vårdgivaren ska bokas av Försäkringsbolaget och ingå i Försäkringsbolagets nätverk av privata vårdgivare.

4.4 Självrisk

Försäkringen gäller med en självrisk. Gruppföreträdaren har i samband med ingående av gruppavtalet, eller vid förnyelse av avtalet, möjlighet att avtala nivå på självrisk som erbjuds av Försäkringsbolaget. En sådan förändring ska gruppföreträdaren meddela skriftligen senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Självriskens storlek framgår av försäkringsbekräftelsen och i förekommande fall av försäkringsbeskedet.

Vid det första tillfälle Vårdservice bokar in den försäkrade för vård av en sjukdom eller olycksfallsskada ska den försäkrade betala självrisken på det sätt som Försäkringsbolaget anvisar. Om självrisken inte är betald kan vården inte bokas.

4.5 Utlandsanställd

En försäkringstagare som tecknar försäkring för sina anställda kan avtala att försäkringen ska lämna ersättning för vårdkostnader för anställd som, på grund av tillfällig anställning utomlands, inte längre är folkbokförd och bosatt i Sverige. En sådan förändring ska försäkringstagaren meddela skriftligen senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Den försäkrade ska vara svensk medborgare. Den försäkrade måste vara folkbokförd och bosatt i Sverige omedelbart innan utlandsvistelsen påbörjas och under utlandsvistelsen vara anställd i ett dotterbolag enligt aktiebolagslagen (2005:551), eller en filial, till ett företag med säte i Sverige.

Undantag: Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller försäkringen aldrig för en försäkrad som är utlandsanställd.

Rätt till ersättning

Försäkringen lämnar ersättning för kostnader i Sverige för de försäkringsmoment som försäkringstagaren har avtalat att försäkringen ska omfatta.

Det framgår av försäkringsbekräftelsen och försäkringsbeskedet vilka försäkringsmoment försäkringen lämnar ersättning för.

Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader i den försäkrades nya hemviststat och inte heller för hemresa till Sverige från den nya hemviststaten.

4.6 Rehabilitering

En försäkringstagare som tecknar försäkring för sina anställda har i samband med tecknandet av försäkringen, eller i samband med förnyelse av försäkringen, möjlighet att avtala att försäkringen ska lämna ersättning för arbetslivsanpassad rehabilitering. En sådan förändring ska försäkringstagaren meddela skriftligen till Försäkringsbolaget senast 30 dagar före försäkringstidens slut. Det framgår av försäkringsbekräftelsen, och i förekommande fall av försäkringsbeskedet, om försäkringen ersätter sådana kostnader. Om försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller avtalet om rehabilitering de försäkrade som ingår i en och samma förmånsgrupp.

För vem gäller rehabilitering?

Försäkringen gäller för försäkringstagaren i dennes egenskap av ansvarig för rehabilitering av anställd.

Försäkringsvillkor

För momentet rehabilitering gäller de förutsättningar som framgår av detta avsnitt. När det saknas särskild reglering i detta avsnitt gäller vad som framgår av villkoren i övrigt.

Vilka försäkrade kan omfattas av rehabilitering?

En förutsättning för att en försäkrad ska kunna omfattas av momentet rehabilitering är att försäkringstagaren är rehabiliteringsansvarig för den försäkrade.

Allmänt om rätt till ersättning

Försäkringen ersätter försäkringstagarens nödvändiga och skäligen kostnader för arbetslivsanpassad rehabilitering till följd av försäkringsfall, om

- den anställde har varit frånvarande från arbetet under längre tid än 28 dagar i följd,
- den anställde har avbrutit sitt arbete vid minst sex tillfällen på grund av kortare sjukperioder under ett kalenderår,
- det medicinskt kan konstateras att det finns en uppenbar risk för att frånvaro enligt ovan kommer att inträffa.

Beträffande definitionen av försäkringsfall, se ordlistan i avsnitt 9. Samtliga kostnader ska vara godkända i förväg av Försäkringsbolaget. Med arbetslivsanpassad rehabilitering avses rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsåtgärder.

Rehabiliteringsutredning

Vid försäkringsfall ersätter försäkringen försäkringstagarens nödvändiga och skäligen kostnader för arbetslivsanpassad rehabiliteringsutredning.

Med arbetslivsanpassad rehabiliteringsutredning avses åtgärder för att underlätta för en anställd att återgå i arbetet. Den rehabiliteringsledare som utför rehabiliteringsutredningen ska utses av Försäkringsbolaget.

Kostnaden ska vara godkänd i förväg av Försäkringsbolaget. Utredningen ska vara en följd av försäkringstagarens lagstadgade ansvar för att de anställdas behov av rehabilitering kartläggs, och utgörs av

- kartläggning som behövs för att identifiera den försäkrades behov av rehabilitering, som utförs av utsedd rehabiliteringsledare och av rehabiliteringsledaren anlitad specialist,
- rehabiliteringsledarens deltagande i ett möte mellan arbetsgivaren, Försäkringskassan och andra intressenter, när mötet är en förutsättning för att kunna upprätta förslag till rehabiliteringsplan,
- rehabiliteringsledarens framtagande av förslag till utlåtande om möjligheten att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga inom försäkringstagarens verksamhet efter rehabilitering,
- rehabiliteringsledarens framtagande av rehabiliteringsplan,
- rehabiliteringsledarens avrapportering till arbetsgivaren avseende den försäkrades status efter avslutad försäkringsfall,
- provtagning, utredning och förslag till behandling när det finns skälig misstanke om missbruk hos anställd.

Med avvikelse från de förutsättningar som uppställs för ett försäkringsfall enligt definitionen i ordlistan i avsnitt 9, gäller beträffande momentet Rehabiliteringsutredning att ersättning lämnas för sådan utredning vid sjukdom eller olycksfallsskada som visar symptom under försäkrings-tiden.

Observera! Efter vissa typer av operationer anses den försäkrade aldrig som symptomfri. Läs mer i avsnitt 9 "Ordlistan" under definitionen av symptom.

Rehabiliteringsåtgärder

Samtliga rehabiliteringsåtgärder ska vara godkända i förväg av Försäkringsbolaget och ingå i den av rehabiliteringsledaren framtagna rehabiliteringsplanen.

Samtalsterapi

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för behandling hos psykolog eller legitimerad psykoterapeut i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärvsarbete. Försäkringen ersätter maximalt tre behandlingstillfällen för samma försäkringsfall. Om den försäkrade har en arbetsrelaterad psykosocial funktionsnedsättning lämnar försäkringen ersättning för ytterligare maximalt 12 behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Sjukgymnast/kiropraktor/naprapat

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för behandling hos sjukgymnast/kiropraktor/naprapat i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärvsarbete. Försäkringen ersätter maximalt tio behandlingstillfällen för samma försäkringsfall.

Funktionsanalys

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för bedömning av sjukgymnast eller arbetsterapeut i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärvsarbete. Bedömningen ska inte utgöra sjukvård.

Försäkringen ersätter maximalt sex timmars funktionsanalys för samma försäkringsfall.

Arbetsplatsanalys

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för arbetsplatsanalys av ergonom, sjukgymnast eller arbetsterapeut. Analysen ska göras ur ett ergonomiskt perspektiv i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärvsarbete. Försäkringen ersätter maximalt sex timmars arbetsplatsanalys för samma försäkringsfall.

Arbetsplatsanpassning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för anpassning av ordinarie arbetsplats som framgår av rehabiliteringsplan fastställd av Försäkringskassan.

Arbetsträning och arbetsprovning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för arbetsträning eller arbetsprovning som framgår av rehabiliteringsplan fastställd av Försäkringskassan.

Yrkeslivsplanering

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för yrkeslivsplanering i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärvsarbete hos befintlig arbetsgivare. Försäkringen ersätter maximalt åtta timmars yrkeslivsplanering för samma försäkringsfall.

Specialistläkarbedömning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för bedömning av specialistläkare i samband med kartläggning av rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsåtgärder i syfte att den försäkrade ska kunna fortsätta förvärvsarbete. Bedömningen ska inte utgöra sjukvård. Försäkringen ersätter maximalt två bedömningstillfällen för samma försäkringsfall.

Tekniska hjälpmedel

Försäkringen lämnar ersättning för försäkringstagarens nödvändiga och skäligen kostnader för personliga arbetstekniska hjälpmedel.

Hjälpmedlens användningsområde ska i huvudsak vara knutet till den anställdes arbetsuppgifter och vara nödvändiga för att denne ska klara arbetet.

Behovet av hjälpmedlen ska framgå av rehabiliteringsplan fastställd av Försäkringskassan.

Missbruksavvänjning

När skälig misstanke finns om missbruk hos anställd avseende alkohol eller narkotika, lämnar försäkringen ersättning för kostnader för en oavbruten behandlingsperiod, under förutsättning att behandlingen är medicinskt motiverad. Ersättning lämnas med maximalt två prisbasbelopp.

Försäkringen täcker endast en behandlingsperiod oavsett diagnos till dess den försäkrade uppnår slutåldern för försäkringen.

Kostnader som inte ersätts

Resekostnader

Försäkringen lämnar inte ersättning för resor med anledning av rehabiliteringen.

Samordningskostnader

Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader för samordning och utredning i samband med varsel och uppsägning, avskedande, permittering eller liknande.

Rekrytering och coaching

Försäkringen lämnar inte ersättning för kostnader för individuell vägledning, rekrytering, rådgivning och coaching beträffande ny anställning eller karriär i samband med omställning

Övriga begränsningar

I övrigt gäller de begränsningar som framgår av avsnitt 7.1-7.5.

Ansvarstid

För samma försäkringsfall lämnas ersättning under ett år räknat från den dag rehabiliteringsutredningen påbörjades.

Högsta ersättning

För samma försäkringsfall lämnas ersättning med höst sex prisbasbelopp inom ramen för rehabiliteringsmomentet.

Förutsättningar för ersättning

Försäkringstagaren är skyldig att på anmodan styrka ersättningskravet genom att lämna de upplysningar som står till buds, tillhandahålla verifikationer, bevis och andra handlingar som behövs för att bedöma Försäkringsbolagets ansvarighet och ersättnings storlek. I övrigt gäller vad som framgår av avsnitt 8 "Utbetalning".

Ersättning för rehabilitering betalas till försäkringstagaren.

5. Service och rådgivning

Vårdservice

Den försäkrade får tillgång till medicinsk rådgivning per telefon av legitimerade sjuksköterskor vid de tider som anges i försäkringsbekaftelsen och/eller försäkringsbeskedet.

Reseservice

När försäkringen lämnar ersättning för resor och logi ingår reseservice. Reseservice innebär att Försäkringsbolaget hjälper till med rese- och hotellbokning för den försäkrade samt en medföljande anhörig.

Vaccinationsrådgivning

Försäkringen ger den försäkrade tillgång till Försäkringsbolagets vårdgivarnätverk som hjälper den försäkrade med information om vaccination inför en planerad och bokad utlandsvistelse samt hjälper den försäkrade att boka tid för vaccination. Försäkringen lämnar inte ersättning för vaccin eller övrig kostnad för vaccination.

6. Ansvarstid och högsta ersättning

Ansvarstid

Ersättning lämnas så länge försäkringen är i kraft. Har försäkringen upphört att gälla upphör ansvarstiden och därmed ersättningen.

När försäkringen är tecknad inom ett avtal om TryggPlan, gäller för sjukdomar eller olycksfallsskador som uppkommit innan ett premieuppehåll för tjänstledighet att ansvarstiden är minst ett år räknat från skadedatum.

Högsta ersättning

För samma försäkringsfall lämnar försäkringen maximalt ersättning med det belopp som framgår av försäkringsbekaftelsen eller försäkringsbeskedet.

7. Begränsningar i rätten till ersättning

7.1 Sjukdom eller olycksfallsskada innan försäkringen träder i kraft

Försäkringen lämnar inte ersättning för sjukdom eller olycksfallsskada som har uppkommit innan försäkringstiden. Läs mer i avsnitt 9. Ordlistan om när ett försäkringsfall har uppkommit och i övrigt om definitionen.

Försäkringen kan dock lämna ersättning även avseende en sjukdom eller olycksfallsskada som har uppkommit innan försäkringstiden under förutsättning att den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst två år, eller avseende rehabilitering under minst sex månader.

Observera! Efter vissa typer av operationer anses den försäkrade aldrig som symtomfri. Läs mer i avsnitt 9 "Ordlistan" under definitionen av symtom.

7.2 Viss vård och vissa behandlingar med mera

Ersättning lämnas inte för:

- Akut sjukvård. Ersättning lämnas endast för planerad vård i privat regi i Sverige.
- kontroll och åtgärder som föranleds av graviditet, förlossning, abort, sterilisering, fertilitetsutredning och behandling av infertilitet,
- vaccination och hyposensibilisering,
- kostnader för transplantation av inre organ,
- tandvårdskostnader, tandsjukdom och bettfysiologisk utredning och behandling,
- kontroller och behandlingar som inte har samband med sjukdom eller olycksfallsskada,
- Kostnader för läkarintyg som inte begärts av Försäkringsbolaget,
- annan hälsoundersökning än sådan som ersätts enligt 4.3 "Hälsoundersökning",
- plastikkirurgi och kosmetiska behandlingar och operationer eller följer därav. Dock ersätts bröstrekonstruktion vid bröstcancer och plastikkirurgi vid vanprydande ärr i ansiktet, under förutsättning att behandlingen och operationen är en följd av ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada,
- operativa ingrepp inklusive laserkirurgi i syfte att korrigerar ögons refraktionsfel (brytningsfel),

- behandlingskostnader för snarkning där det av utredningen framgår att den försäkrade inte lider av sömnapné,
- behandlingar utförda av vårdgivare som inte är legitimerade,
- alternativa behandlingsformer som inte vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet.

Försäkringen ersätter inte sådan vård som inte kan tillhandahållas av de privata vårdgivarna i Försäkringsbolagets vårdgivarnätverk. Den försäkrade kan därför bli hänvisad till den offentliga vården, patientavgiften ersätts då av försäkringen.

7.3 Kostnader som ersätts från annat håll

Ersättning lämnas inte för kostnader som ersätts enligt allmän lag eller författning, konvention eller från annan försäkring.

7.4 Uteblivna besök

Om den försäkrade får förhinder ska avbokning ske senast 24 timmar före bokad tid. Ersättning lämnas inte för kostnader för bokning där den försäkrade uteblivit eller anlant sent utan att ha avbokat besöket i tid. I sådant fall blir den försäkrade skyldig att ersätta vårdgivaren för kostnaden för det uteblivna eller sent avbokade besöket. Undantag gäller vid akut sjukdom (till exempel magsjuka eller andra akuta tillstånd) hos den försäkrade eller den försäkrades underåriga barn som omöjliggör att den försäkrade kan genomföra besöket.

Fram till dess att den försäkrade erlagt dessa kostnader förbehåller sig Försäkringsbolaget rätten att inte ersätta fortsatt vård eller andra kostnader vad gäller det aktuella försäkringsfallet. Undantag gäller ifall den försäkrade kan visa att sådan hantering skulle vara uppenbart oskäligt mot den försäkrade.

7.5 Vissa sjukdomar och olycksfallsskador

Särskilda sjukdomar

Försäkringen gäller inte för

- sjukdom som omfattas av smittskyddslagen eller följer därav,
- demenssjukdom, efter det att diagnos har fastställts av läkare,
- utredning och behandling av neuropsykiatriska diagnoser som t.ex ADHD, ADD eller liknande,
- fetma, övervikt eller undervikt samt följer därav. Dock ersätts behandling hos dietist enligt avsnitt 3.1, under förutsättning att övervikten överstiger BMI 35 eller att undervikten understiger BMI 19,
- kroniska sjukdomar eller skador som enligt medicinsk bedömning inte förväntas kunna botas eller där behandling väsentligt och varaktigt inte förväntas kunna förbättra den försäkrades tillstånd. Dock ingår undersökning och behandling fram till dess att en sjukdom eller skada bedöms vara av sådan kronisk karaktär,
- undersökning, behandling av åderbräck,
- kontroll och behandling av hudförändringar så som t.ex. naevus och keratoser fram till att remiss till specialtläkare utfärdats av läkare inom primärvården.

Särskilt riskfylld verksamhet

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som uppkommit till följd av att den försäkrade utövar/deltar i sport-, idrotts-, äventyrs-, expeditons-, eller annan riskfylld sysselsättning.

Exempel på sådana sysselsättningar är när den försäkrade

- under träning eller tävling utövar sport- eller idrottsverksamhet på elitnivå i lägst division II och uppåt eller motsvarande,
- under träning eller tävling utövar sport- eller idrottsaktivitet på idrottsgymnasium eller annan utbildning med idrottsinriktning,
- under träning eller tävling deltar i/utövar långlopp, t.ex. maraton, cykling, mountainbike, multisport, triathlon eller liknande aktiviteter och tillhör en klubb/förening där den försäkrade omfattas av klubbens licensiering,
- deltar i/utövar motorsport,
- deltar i/utövar kampsport, boxning, brottning, fäktning, karate, thai-boxning, kickboxning eller liknande aktiviteter,
- utövar verksamhet som stuntman eller luftakrobat,
- deltar i/utövar klättring på berg, is, klippa, glaciär eller jämförbar utövning, extremskidåkning (utanför markerade pister), downhill cykling, dykning, kitesurfing, fallskärmshoppning, ballong-, glid eller drakflygning eller liknande aktivitet,
- deltar i expeditons- eller äventyrsverksamhet i enskild regi eller i grupp eller jämförbar utövning.

Missbruk eller kriminell handling

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada

- som orsakats av alkohol, dopingpreparat, andra berusningsmedel, narkotiska preparat, felaktigt bruk av läkemedel eller till följd av spelmissbruk,
- som är en följd av att den försäkrade medverkar i brottslig verksamhet som är straffbar enligt svensk lag.

Krig, politiska oroligheter eller liknande

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada som beror på krig eller politiska oroligheter och som drabbar den försäkrade då han eller hon vistas i område där sådana förhållanden råder, oavsett om den försäkrade aktivt deltar i kriget eller oroligheterna eller inte. Utbryter krig eller oroligheter när den försäkrade vistas i området, gäller inskränkningen inte under vistelsens första månad, under förutsättning att den försäkrade inte deltar i kriget eller oroligheterna. Försäkringen gäller inte heller för sjukdom eller olycksfallsskada som inträffar inom ett år räknat från hemkomsten efter sådan vistelse om sjukdomen/olycksfallsskadan kan anses ha inträffat till följd av kriget eller oroligheterna.

Om Utrikesdepartementet har avrått från att resa till ett område, men den försäkrade trots denna rekommendation reser dit gäller inte försäkringen för sjukdom eller olycksfallsskada som inträffar när den försäkrade vistas i detta område, under den tid som Utrikesdepartementets avrådande kvarstår.

Atomkärnprocess

Försäkringen gäller inte för sjukdom eller olycksfallsskada vars uppkomst eller omfattning har samband med atomkärnprocess, t ex kärnklyvning, kärnsammansmältning eller radioaktivt sonderfall.

7.6 Övriga begränsningar

Force majeure

Försäkringsbolaget är inte ansvarigt för en sådan skada som beror på lagbud, myndighets åtgärd, krigshändelse eller terrorhandling eller någon annan liknande omständighet. Försäkringsbolaget är inte heller ansvarigt för en skada som beror på strejk, blockad, bojkott, lockout eller annan liknande omständighet. Detta gäller även om Försäkringsbolaget självt vidtar eller är föremål för någon sådan konfliktåtgärd, under förutsättning att Försäkringsbolaget gjort vad som skäligen kan begäras för att begränsa de skador som kan uppkomma. Vidare är Försäkringsbolaget inte skyldigt att i andra fall ersätta en skada som uppstår, om Försäkringsbolaget har varit normalt aktsamt.

Uppsätligt framkallande

Om den försäkrade uppsätligen har framkallat ett försäkringsfall, är Försäkringsbolaget fritt från ansvar.

Om den försäkrade orsakat försäkringsfallet genom grov vårdslöshet, har Försäkringsbolaget rätta att sätta ned ersättningen såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till den försäkrades förhållanden och omständigheterna i övrigt.

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

Försäkringstagaren och den försäkrade är enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) skyldiga att på begäran av försäkringsbolaget lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om en försäkring ska meddelas, utvidgas eller förnyas. I lagen regleras konsekvenserna av att försäkringstagaren lämnar någon uppgift som är oriktig eller ofullständig.

Svikligt förfarande m.m.

Om försäkringstagaren förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är försäkringsavtalet ogiltigt. Premier som har betalats under försäkringstiden återbetalas inte.

Oriktiga uppgifter i övrigt

Om försäkringstagaren eller den försäkrade annars uppsätligen eller av oaktsamhet som inte är ringa lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse gäller följande.

Om Försäkringsbolaget med kännedom om det rätta förhållandet inte till någon del skulle ha träffat försäkringsavtal med försäkringstagaren, ger försäkringen inte någon rätt till ersättning för kostnader för sjukdom eller olycksfallsskada. Premier som har betalats under försäkringstiden återbetalas inte. Om Försäkringsbolaget med kännedom om det rätta förhållandet skulle ha träffat försäkringsavtal med försäkringstagaren, men mot en högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, gäller följande. Försäkringsbolagets ansvarighet är begränsad till vad den avtalade premien motsvarar om detta beaktas och/eller om man tillämpar de villkor som skulle ha tagits med i försäkringsavtalet.

Premier som har betalats under försäkringstiden återbetalas inte.

Oriktiga uppgifter vid sjukdom eller olycksfallsskada

Om den försäkrade eller någon annan som begär ersättning efter en sjukdom eller olycksfallsskada uppsätligen eller av grov vårdslöshet oriktigt har uppgivit eller förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning, kan ersättningen till denne sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Dubbelförsäkring

Om intresse som omfattas av denna försäkring är försäkrat även genom annan försäkring har Försäkringsbolaget inte något ersättningsansvar för sjukdomen/olycksfallsskadan. Om det även i den andra försäkringen finns förbehåll vid dubbelförsäkring, gäller samma förbehåll för båda försäkringarna. Ansvarigheten fördelas då mellan försäkringarna.

Vård, behandling eller rådgivning

Försäkringsbolaget ansvarar inte för den undersökning, vård eller behandling som utförs, den rådgivning som lämnas eller den diagnos som fastställs av vårdgivare som Försäkringsbolaget förmedlar genom försäkringen eller av övriga vårdgivare som försäkringen lämnar ersättning för. Eventuella klagomål ska riktas mot den som utför undersökningen, vården eller behandlingen, lämnar rådgivningen eller fastställer en diagnos.

8. Utbetalning

Förutsättningar för ersättning

Om den försäkrade har anledning anta att han eller hon drabbas av sjukdom eller olycksfallsskada ska läkare genast anlitas. Den försäkrade ska stå under regelbunden uppsikt av läkare samt följa dennes föreskrifter. I förekommande fall ska den försäkrade följa de anvisningar som Försäkringsbolaget har lämnat i samråd med läkare.

De handlingar och övriga upplysningar som har betydelse för bedömningen av Försäkringsbolagets ansvarighet ska på begäran ansökas och skickas in utan någon kostnad för Försäkringsbolaget.

Den som begär ersättning ska i övrigt följa Försäkringsbolagets anvisningar om medverkan i utredning av sjukdomen eller olycksfallsskadan.

För att fastställa rätten till ersättning kan Försäkringsbolaget föreskriva att den försäkrade ska låta undersöka sig hos en särskilt anvisad läkare.

Försäkringsbolaget ersätter kostnaderna för en sådan särskild undersökning och det utlåtande eller intyg som utfärdas i samband med den.

Medgivande att begära in upplysningar

Om Försäkringsbolaget begär det ska den försäkrade lämna sitt medgivande till att Försäkringsbolaget begär in upplysningar från nuvarande, tidigare och tillkommande arbetsgivare samt läkare, sjukhus, någon annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller någon annan försäkringsinrättning, detta för att kunna bedöma sin ansvarighet.

Mottagare

Försäkringsbolaget avgör om ersättningen ska utbetalas till den försäkrade eller till den vårdgivare som har anlits. Ersättning för rehabilitering kan också betalas till försäkringstagaren.

Tidpunkt för utbetalning

Utbetalning ska ske senast en månad efter det att rätten till ersättning inträtt och den som gjort anspråk på ersättning har fullgjort sina skyldigheter enligt dessa villkor.

Om det finns anledning att utreda Försäkringsbolagets betalnings-skyldighet och mot vem denna ska fullgöras, behöver Försäkringsbolaget dock inte göra utbetalningen förrän en månad efter det att utredningen har avslutats. Utredningen ska bedrivas skyndsamt.

Dröjsmålsränta

Försäkringsbolaget betalar dröjsmålsränta enligt räntelagen på belopp som betalas ut senare än vad som framgår enligt ovan. Ränta betalas från den dag då utbetalningen skulle ha skett och så länge som beloppet står kvar i Försäkringsbolagets förvaltning.

Utbetalning: Räntan betalas ut samtidigt som ersättningsbeloppet. Om den ränta som ska betalas ut är mindre än 100 kronor betalas dock inte någon ränta ut.

Övertagande av rätt till ersättning

Om Försäkringsbolaget har betalat ersättning för försäkringstagaren eller den försäkrades kostnader och dessa kostnader ska ersättas enligt lag, författning eller från annan försäkring, övertar Försäkringsbolaget försäkringstagarens rätt till sådan ersättning.

9. Ordlista

Anhörig

Med anhörig avses make, registrerad partner, sambo, barn, förälder eller syskon.

Behandlingsfri

Med behandlingsfri avses att den försäkrade inte behöver vård, medicinering, behandling eller behöver genomgå kontroller på grund av aktuell sjukdom eller olycksfallsskada. Försäkrad som har tid utsatt hos vårdgivare för återbesök/kontroll till följd av sjukdom/olycksfallsskada anses inte i något fall vara behandlingsfri.

Dagkirurgi

Med dagkirurgi avses sjukvård som medför operativt ingrepp, men inte kräver sängplats med övernattnings.

Demens

Med demens avses en förvärrad, omfattande försämring av psykiska funktioner (intellekt, minne och personlighet) orsakad av sjukdomar (demenssjukdomar) och skador i hjärnan.

Fullt arbetsför

Med fullt arbetsför menas att den anställda kan fullgöra ett vanligt arbete utan inskränkningar, inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren, inte uppbär ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning, handikappersättning eller liknande ersättning) och inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. Vidare gäller att den anställda inte ska ha haft nedsatt arbetsförmåga mer än 14 dagar i följd under de senaste tre månaderna.

Försäkrad

En person vars sjukdom eller olycksfallsskada försäkringen gäller för.

Försäkringsbekräftelse

Skriftlig bekräftelse på att ett försäkringsavtal har träffats och som skickas till försäkringstagaren.

Försäkringsbesked

Skriftlig bekräftelse på att ett försäkringsavtal har träffats som skickas till den försäkrade.

Försäkringsfall

Med försäkringsfall avses sjukdom eller olycksfallsskada som har uppkommit under försäkringstiden. Ett försäkringsfall anses ha uppkommit då sjukdomen eller olycksfallsskadan första gången gav symtom. Dock anses en sjukdom eller olycksfallsskada ha uppkommit då den försäkrade första gången besökt läkare, eller fått vård eller medicinering för sjukdomen eller olycksfallsskadan, om symtom ännu inte uppkommit vid den tidpunkten.

Med försäkringsfall avses även sjukdomar och olycksfallsskador som ursprungligen har uppkommit före försäkringstiden, men som ger symtom under försäkringstiden. Detta förutsätter dock att den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst två år. För rehabilitering i avsnitt 4.6 förutsätts att den försäkrade ha varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst sex månader.

Sjukdomar eller olycksfallsskador med ett medicinskt samband räknas som samma försäkringsfall. Detta gäller dock inte om den försäkrade har varit behandlings- och symtomfri under en sammanhängande tid av minst ett år.

Observera! Efter vissa typer av operationer anses den försäkrade aldrig som symtomfri. Läs mer under definitionen av symtom i denna ordlista.

Försäkringsrisk

Den risk Försäkringsbolaget tar för att behöva betala ut ersättning för de kostnader som den aktuella försäkringen lämnar ersättning för.

Försäkringstagare

Den som äger försäkringen.

Hemorten

Med hemorten avses den ort där den försäkrade är folkbokförd.

Ikke behandlingsbar

Med ikke behandlingsbar menas en sjukdom/ olycksfallsskada som enligt medicinsk erfarenhet inte förväntas gå att bota eller väsentligt och varaktigt kunna förbättra den försäkrades tillstånd.

Legitimerad vårdgivare

Med legitimerad vårdgivare avses den som uppfyller kraven på legitimation i 4 kap patientsäkerhetslagen (2010:659).

Olycksfallsskada

Med olycksfallsskada avses kroppsskada som drabbat den försäkrade ofrivilligt genom plötslig yttre händelse.

Prisbasbelopp

Prisbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken (2010:110), är ett tal som visar prisutvecklingen, inflationen i samhället. Det fastställs varje år av regeringen efter beräkning av Statistiska Centralbyrån.

Privat sjukvård

Vårdinsats som inte till någon del finansieras med offentliga medel.

Rehabiliteringsledare

Med rehabiliteringsledare menas en person som har en högskoleutbildning med rehabiliteringsinriktning såsom t.ex. sjukgymnast eller arbetsterapeut samt en utbildning till auktoriserad rehabiliteringsledare. Rehabiliteringsledarens primära roll är att stödja sjukskrivna individer i rehabiliteringsprocessen för att underlätta återgång i arbete.

Remiss

Med remiss avses en skriftlig hänvisning utfärdad av läkare i Sverige. Remissen får högst vara sex månader gammal vid tidpunkten för SEB:s bokning av vården.

Sjukdom

Med sjukdom avses av läkare dokumenterad försämring av den fysiska eller psykiska hälsan, som inte är att betrakta som en olycksfallsskada. Med sjukdom avses dock inte frivilligt orsakad kroppsskada.

Skadedatum

Med skadedatum avses det datum som sjukdomen eller olycksfallsskadan anmälts till Försäkringsbolaget. Om kostnaden har uppstått innan tidpunkten för anmälan avses med skadedatum istället den tidpunkt då kostnaden uppstod.

Sluten vård

Med sluten vård avses sjukvård som kräver sängplats med en eller flera övernattnings.

Symtom

Med symtom avses tecken på att sjukdom finns eller håller på att bryta ut. Med symtom avses också tecken på att en olycksfallsskada har inträffat.

Om den försäkrade någon gång har opererats i knän eller axlar eller om den försäkrade har genomgått en operation där främmande material (exempelvis skruvar, nät, pacemaker m.m.) har opererats in i kroppen gäller dock att den försäkrade aldrig anses som symtomfri så vitt avser de besvär eller åkommor som var anledning till operationen.

Öppen vård

Med öppen vård avses sjukvård som inte kräver sängplats med övernattnings.

Om du inte är nöjd

Kontakta oss

Vår strävan är att du som kund alltid ska vara nöjd med oss. Om något inte har fungerat som det ska, vill vi förstås veta varför. Om du är missnöjd med ett beslut eller handläggningen i ett ärende kan du därför alltid vända dig till oss.

Börja alltid med att kontakta den person eller avdelning som har handlagt ditt ärende. Vi får då också möjlighet att se över ditt ärende igen. Om du behöver hjälp att hitta rätt person eller avdelning kan du kontakta vår växel på telefon 0771-62 10 00.

Om du fortfarande inte är nöjd efter beslut av din handläggare, kan du vända dig till Klagomålsansvarig för att få en överprövning av ditt ärende. För att Klagomålsansvarig ska kunna hjälpa dig på bästa sätt ber vi dig skriftligen meddela oss ditt personnummer/försäkringsnummer och vad ditt klagomål gäller samt vem du har varit i kontakt med tidigare. SEB, Pension & Försäkring, Klagomålsansvarig, 106 40 Stockholm

Andra instanser

Du har även möjlighet att kontakta instanser utanför Försäkringsbolaget.

Konsumentvägledaren i din hemkommun lämnar kostnadsfritt information och råd i bank- och försäkringsfrågor till konsumenter.

Konsumenternas Försäkringsbyrå lämnar kostnadsfritt upplysningar och råd i försäkringsfrågor till konsumenter.

Konsumenternas Försäkringsbyrå, Box 24215, 104 51 Stockholm, telefon 0200-22 58 00, www.konsumenternas.se

Konsumentverket lämnar webbaserad konsumentupplysning genom Hallå konsument, www.hallakonsument.se

Personförsäkringsnämnden avger rådgivande yttranden i tvister mellan konsumenter och försäkringsbolag avseende sjuk-, olycksfalls- och livförsäkring i de fall där det krävs medicinska bedömningar. Nämnden kan även pröva en konsuments rätt att teckna eller förnya en individuell personförsäkring. För att nämnden ska pröva ärendet finns bland annat vissa tidsgränser.

Personförsäkringsnämnden, Box 24067, 104 50 Stockholm, telefon 08-522 787 20, www.forsakringsnamnder.se/personforsakringsnamnden/provning-i-namnden-pfn/

Allmänna reklamationsnämnden (ARN) lämnar rekommendationer på hur tvister mellan konsumenter och näringsidkare bör lösas. En anmälan till ARN ska vara skriftlig. För att nämnden ska pröva ärendet finns bland annat vissa värde- och tidsgränser. ARN prövar dock inte den typ av ärenden som prövas av Personförsäkringsnämnden. Allmänna reklamationsnämnden (ARN), Box 174, 101 23 Stockholm, telefon 08-508 860 00, www.arn.se

EU:s webbplats för tvistlösning online

Om tvisten rör ett avtal som ingåtts via internet kan du även lämna in ditt klagomål via EU:s webbplats för tvistlösning online, www.ec.europa.eu/odr

Domstol

Slutligen kan ett ärende alltid hänskjutas till rättslig prövning vid allmän domstol. Ytterligare information om domstolsväsendet kan du få av Domstolsverket, 551 81 Jönköping, telefon 036-15 53 00, fax 036-16 57 21, www.domstol.se

Information enligt dataskyddsförordningen ((EU) 2016/679) om behandling av personuppgifter m.m. i SEB Pension och Försäkring AB

Personuppgiftsansvarig

SEB Pension och Försäkring AB - nedan Pension & Försäkring
Org.nr 516401-8243
106 40 Stockholm
Telefon 077-11 11 800

Pension & Försäkrings integritetspolicy, med fullständig information om Pension & Försäkrings personuppgiftsbehandling, hittar du på seb.se/personuppgifter-pf. Du kan också vända dig till Pension & Försäkrings kundcenter för att få informationen per post.

Nedan följer en sammanfattning av hur Pension & Försäkring hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter.

Insamling av personuppgifter

Personuppgifter lämnas och inhämtas innan och i samband med att en kundrelation inleds och ett avtal ingås och/eller ett uppdrag lämnas, eller i övrigt i samband med en kundrelation. Vid kontakt med Pension & Försäkring per telefon kan samtalet komma att spelas in.

Ändamål

Pension & Försäkring behandlar personuppgifter för de ändamål som anses nödvändiga enligt nedan:

- ingående, administration och fullgörelse av ingångna avtal, inklusive rådgivning
- för uppfyllande av förpliktelser enligt lag, annan författning eller myndighetsbeslut
- för marknads- och kundanalyser samt systemutveckling och marknadsföring

Notera att känsliga personuppgifter, främst uppgifter om hälsa, i vissa fall kan komma att behandlas.

Personuppgifter kan för angivna ändamål – med beaktande av reglerna om sekretess – ibland komma att lämnas ut till andra bolag inom SEB-koncernen eller till företag såväl inom EU/EES som utom EU/EES (tredje land) som SEB-koncernen samarbetar med.

Dina rättigheter

Du har rätt att få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av Pension & Försäkring och har därmed rätt att få ett registerutdrag.

Du kan även vända dig till Pension & Försäkring om du vill:

- begära rättelse av felaktig eller ofullständig uppgift,
- begära radering eller begränsning av behandlingen av personuppgifter,
- invända mot behandlingen eller
- få ut de personuppgifter som du själv har tillhandahållit Pension & Försäkring och som Pension & Försäkring behandlar med stöd av avtal eller samtycke samt, om det är tekniskt möjligt, få dessa överförda direkt till annan personuppgiftsansvarig (dataportabilitet).

Din begäran och/eller invändning enligt ovan prövas av Pension & Försäkring i det enskilda fallet.

Om du önskar information eller har en begäran enligt ovan, kan du lämna eller skicka en begäran härom till SEB, Dataskydd, 106 40 Stockholm, eller kontakta Pension & Försäkring på telefonnummer ovan. På samma sätt kan du anmäla om du inte vill ha direktreklam från Pension & Försäkring.

Dataskyddsombud

Pension & Försäkring har utsett ett dataskyddsombud som har till uppgift att övervaka att Pension & Försäkring följer reglerna om skydd av personuppgifter. Dataskyddsombudet ska fullgöra sitt uppdrag på ett oberoende sätt i förhållande till Pension & Försäkring. Du kan kontakta dataskyddsombudet på SEB, Dataskyddsombud, 106 40 Stockholm.