

Best Doctors Medicinsk fördel – Premium Försäkringsvillkor

DEFINITIONER - GÄLLER FÖR BÅDE A) OCH B) NEDAN

”Alternativmedicin” Medicinska system och hälso- och sjukvårdssystem, sedvänjor och produkter som för närvarande inte anses vara konventionell medicin eller standardbehandling, inklusive men inte begränsat till akupunktur, aromaterapi, kiropraktik, homeopati, naturmedicin och osteopati.

”Ansökningsblankett” Blankett som försäkrad och/eller försäkringstagaren ska fylla i för att ansöka om försäkringen.

”Barn” Ogift barn till försäkringstagaren eller försäkringstagarens Partner (inklusive barn utom äktenskapet, styvbarn och lagligen adopterade barn), som vid försäkringens tecknande inte fyllt 18 år och som är beroende av försäkringstagaren eller försäkringstagarens Partner för försörjning och omsorg. Begreppet Barn inbegriper att Barnets huvudsakliga bostad ska vara hos försäkringstagaren, om inte försäkringsbolaget godkänner andra arrangemang.

Som Barn räknas även den som vid försäkringens tecknande fyllt 18 men inte 35 år, men i övrigt uppfyller definitionen ovan samt studerar på heltid.

”Best Doctors” Best Doctors Services S.L.U., del av Best Doctors Inc, ett tjänsteföretag som tillhandahåller följande medicinska tjänster som är kopplade till försäkringen: Inter-Consultation™ och FindBestCare®.

”Bosatt i Sverige” Bosatt i Sverige enligt denna försäkring anses den

- som har fast adress i Sverige,
- som har befunnit sig inom svenskt territorium under en period som överstiger 183 dagar under de senaste tolv kalendermånaderna och
- vars levnadsförhållanden är koncentrerade till Sverige.

”Cancer in situ i cervix uteri” Avser varje förändring genom påvisad förekomst av odifferentierade karcinomatösa celler inom den tjockare delen av epitelet (övre skiktet av slemhinnan i livmoderhalsen) utan avbrott i basalmembranet. För syftet med klumpsumma (punkt A5.2) detta begrepp innefattar någon grad av Cervikal intraepitelial neoplas (CIN), atypi eller Dysplasia.

”Cerebralt syndrom” Närvaro av en cerebral sjukdom eller skada i hjärnan resulterande i partiell eller total försämring av hjärnfunktionerna.

”Dag för ikraftträdande” Den dag då skyddet börjar gälla i enlighet med Försäkringsbeskedet.

”Dag för upphörande” Den dag då skyddet inom ramen för försäkringen förfaller och upphör att gälla i enlighet med Försäkringsbeskedet.

”Experimentell behandling” Behandlingar, förfaranden, kurer, utrustning, läkemedel och farmaceutiska produkter som är avsedda för medicinsk eller kirurgisk användning, men

som inte är accepterade som säkra, effektiva eller lämpliga för behandling av sjukdomar eller kroppsskador av de olika vetenskapliga organisationer som erkänns av den internationella medicinska gemenskapen, eller som genomgår studier, forskning, testning eller är i någon fas av kliniska försök.

”Farlig sport” Boxning, brottning, judo, karate eller därmed jämförlig idrottsutövning. Sport eller fritidsaktivitet som utförs i luften, såsom t.ex. drakflygning, segelflygning, ballongflygning, fallskärms hoppning, glidflygning, hängflygning, parachuting, paragliding eller bungy-jumping. Tävlings eller organiserad träning inför tävling med motorfordon då licensförsäkring gäller. Dykning med tuber eller fridykning på större djup än 10 meter, bergsklättring, isklättring, eller grottklättring eller liknande aktivitet. Extrema vintersporter, såsom t.ex. slalom utanför pist, backhoppning eller rodel.

”Förmåner” Den service och det försäkringsskydd som den Försäkrade är berättigad till enligt denna Försäkring.

”Försäkrad” Den person som finns angiven i Försäkringsbeskedet och för vilken försäkringen har tecknats och som gagnas av rättigheterna i detta avtal, men som också ska uppfylla skyldigheterna i avtalet i händelse av försäkringstagarens frånvaro/försummelse.

”Försäkringen” Den skriftliga dokumentation som specificerar villkoren för försäkringsavtalet, däribland dessa allmänna försäkringsvillkor, ansökningsblanketten, hälsodeklarationen och Försäkringsbeskedet, liksom eventuella bilagor eller tillägg som vid behov kan inkluderas för att ändra eller modifiera dessa handlingar.

”Försäkringsbelopp” Högsta ersättning som kan betalas ut enligt Försäkringsbeskedet i händelse av sjukdom eller medicinsk behandling som omfattas av försäkringen, i enlighet med punkt A4 i detta försäkringsvillkor.

”Försäkringsbesked” Handling som är del av försäkringen och som innehåller uppgifter om försäkrad och försäkringstagaren, namn på eventuella personer som omfattas av försäkringen, liksom försäkringsbelopp, premie och dag för ikraftträdande och upphörande.

”Försäkringsbolag” Juridisk person som tar på sig risken enligt försäkringens avtalsvillkor, i detta fall AmTrust Europe Limited.

”Försäkringstagare” Den person som ansöker om försäkringen och accepterar villkoren och som lagligen är skyldig att uppfylla skyldigheterna i försäkringen, med undantag för de skyldigheter som på grund av sin natur åligger försäkrad.

”Hälsodeklaration” Blankett som fylls i och undertecknas av försäkrad innan försäkringen tecknas. Utgör grunden för försäkringsbolagets riskanalys. När det gäller minderåriga kan blanketten fyllas i och undertecknas av försäkringstagaren eller av försäkrads vårdnadshavare.

”Hälsotillstånd vid tecknandet” Eventuella sjukdomar hos försäkrad som har diagnostiserats, behandlats eller uppvisat relaterade medicinskt dokumenterade symtom under tio år före dagen för ikraftträdande.

”Icke-invasiv cancer eller cancer in situ” Elakartad tumör som är begränsad till det epitel där den uppkommit och som inte angripit stroma eller kringliggande vävnad. En elakartad tumör in situ, diagnostiserad i ett tidigt stadium, med en god prognos om den avlägsnas helt.

”InterConsultation” En strukturerad process för ett andra medicinskt utlåtande, baserad på en ingående granskning av försäkrads medicinska information och stödande diagnostiska material av en erkänd medicinsk expert i världsklass. Denna tjänst tillhandahålls av Best Doctors.

”Kardiologkonsult” Läkare som specialiserat sig på sjukdomar i hjärtat och hjärt-kärlsystemet.

”Kirurgi” Alla operationer i diagnostiskt eller terapeutiskt syfte som utförs genom snitt eller på annat invärtes sätt av en kirurg på ett sjukhus och som i normalfallet kräver användning av en operationssal.

”Kroppsskada” Kroppslig skada som vållats försäkrad.

”Läkare” Person som är auktoriserad för medicinsk yrkesutövning.

”Läkemedel” Ett ämne eller en kombination av ämnen som kan användas av eller administreras till försäkrad antingen i syfte att återställa, korrigera eller förändra fysiologiska funktioner genom farmakologisk, immunologisk eller metabolisk verkan, eller för att ställa en medicinsk diagnos som endast kan ställas med hjälp av förskrivning av läkare och expediering av licensierad farmaceut.

En förskrivning som görs av ett originalläkemedel gäller för ett generiskt läkemedel som har samma aktiva ingredienser, styrka och doseringsform som originalläkemedlet.

”Medicinskt förhandsintyg” Skriftligt godkännande, utfärdat av Best Doctors och/eller av försäkringsbolaget, som innehåller en bekräftelse om att tjänsterna omfattas av försäkringen, före det att dessa utförs på angivet sjukhus, utanför det land där försäkrad är bosatt, för behandling, tjänster, förnödenheter eller förskrivningar avseende en skada.

”Medicinskt nödvändigt” Hälso- och sjukvårdstjänster och medicinska förnödenheter

- som är nödvändiga för att uppfylla försäkrads grundläggande hälsobehov och som inte är för försäkrads eller dennes läkares bekvämlighet,
- som tillhandahålls på medicinskt lämpligast sätt, i en miljö som är lämplig för tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänsten och som tar hänsyn både till världens kvalitet och till de kostnader som den medför,
- som ligger i linje med godtagbara riktlinjer från organisationer och statliga organ inom områdena medicin,

forskning och hälso- och sjukvård,

- som är förenliga med diagnosen för tillståndet eller sjukdomen, och
- som bevisligen är
 - säkra och effektiva för att behandla eller diagnostisera tillståndet eller sjukdomen, eller
 - säkra för att behandla ett livshotande tillstånd eller en livshotande sjukdom i en kliniskt kontrollerad forskningsmiljö.

”Olyckshändelse” En plötslig, oförutsedd och oavsiktlig händelse som är direkt orsakad av en yttre omständighet och som leder till kroppsskada hos den Försäkrade.

”Olycksrapport” Av polisen upprättad rapport om Olyckshändelsen.

”Partner” Försäkringstagarens äkta make eller maka, registrerad partner eller sambo enligt definitionen i sambolagen (2003:376) som vid tidpunkten för försäkringens tecknande fyllt 18 men inte 65 år.

”Premie” Priset för försäkringen, det belopp som ska betalas till försäkringsbolaget. Betalningsintervall framgår av Försäkringsbeskedet. Kvittot inkluderar skatter och avgifter.

”Protes” En anordning som helt eller delvis ersätter ett organ, eller som helt eller delvis ersätter en funktion hos en dåligt fungerande eller icke-fungerande del av kroppen.

”Sjukdom” Alla förändringar i en persons hälsotillstånd, vars diagnos och bekräftelse görs av en utövande läkare och som inte orsakats genom olycka. En sjukdom anses vara alla kroppsskador och konsekvenser som härrör från samma diagnos, liksom alla krämpor som har sin grund i samma omständighet eller relaterade omständigheter. Om en krämpa har sin grund i samma omständighet som ledde till en tidigare sjukdom eller en relaterad omständighet anses sjukdomen vara en fortsättning av den tidigare sjukdomen och inte en separat sjukdom.

”Sjukhus” En privat eller offentlig organisation som är auktoriserad att tillhandahålla medicinsk behandling för sjukdom och kroppsskada, utrustad med materiella/tekniska hjälpmedel och lämplig personal för att tillhandahålla diagnoser och kirurgiska ingrepp, med läkare och medicinsk personal närvarande dygnet runt. Termen Sjukhus omfattar inte: mentalsjukhus, institutioner främst avsedd för behandling av psykiatriska eller psykiska störningar eller centrum för rehabilitering konvalescens eller palliativ vård.

”Sjukhusvistelse” Vistelse i minst 24 timmar i följd på ett Sjukhus, ordinerad av läkare och registrerad som inlagd patient.

”Skada” Diagnos av en sjukdom eller en medicinsk behandling som omfattas av försäkringen för dess bekräftelse genom tjänsten InterConsultation.

”Terroristhandling” En handling som inkluderar men som inte är begränsad till användning av våld och/eller hot därom, som begås av en person eller av en eller flera grupper

av personer, oavsett om agerandet sker på egen hand eller på uppdrag av eller i samarbete med en eller flera organisationer eller regeringar i politiskt, religiöst, ideologiskt eller liknande syfte, inbegripet avsikten att påverka en regering och/eller att ingjuta rädsla i allmänheten eller i delar av denna, eller användning av biologiska, kemiska, radioaktiva eller nukleära medel, material, vapen eller utrustning.

”Undantag” Detta är en situation eller ett villkor som fastställts att inte omfattas av försäkringen och för vilken/vilket försäkringsbolaget inte är skyldigt att betala i händelse av skada.

A. Särskilda villkor för Critical Advantage & Critical Illness cover

A1. FÖRSÄKRINGSTAGARE

Försäkringstagare enligt denna Försäkring är person som vid försäkringens tecknande har fyllt 18 men inte 65 år och är stadigvarande Bosatt i Sverige samt tecknat Försäkringen i enlighet med vad som närmare anges i punkt A4.

A2. FÖRSÄKRAD

Försäkrad enligt denna Försäkring är försäkringstagaren samt Partner eller Barn för vilken tilläggspremie betalats och som är namngiven i Försäkringsbeskedet.

A3. VAR GÄLLER FÖRSÄKRINGEN?

Försäkringsmomentet A5.1 gäller i hela världen utom i Sverige. Försäkringsmomentet A5.2 gäller i hela världen.

A4. NÄR GÄLLER FÖRSÄKRINGEN?

Varje försäkringsperiod omfattar 12 månader.

Försäkringen gäller dygnet runt under arbetstid såväl som fritid.

Försäkringen gäller

- från dagen efter den dag då försäkringstagaren ansökt om Försäkringen skriftligen eller per telefon, eller
- från den senare dag som försäkringstagaren begärt att Försäkringen ska börja gälla.

För att ansökan ska anses ha gjorts krävs att en fullständig ifylld och underskriven ansökningshandling och hälsodeklarationen har lämnats för befordran med post eller har lämnats till behörig företrädare för försäkringsgivaren. Om Försäkringen tecknats per telefon anses lämnade uppgifter bekräftade som fullständiga och korrekta genom betalning av försäkringspremien. Om någon uppgift är oriktig eller ofullständig gäller vad som föreskrivs i försäkringsavtalslagen (FAL).

Försäkringen förnyas automatiskt att gälla för ytterligare försäkringsperioder om 12 månader i taget om inte försäkringstagaren eller försäkringsgivaren sagt upp Försäkringen före försäkringsperiodens utgång (se under punkt 2.1 angående uppsägning av Försäkringen). Premien för perioden baseras på försäkrads nya ålder vid tidpunkten för förlängningen.

Försäkringsbolaget förbehåller sig rätten att ändra följande försäkringsvillkor i samband med varje förlängning:

- Premie för varje åldersintervall.
- Försäkringsbelopp och begränsningar i Försäkringsbeskedet.
- Nivå och typ av skydd och tjänster som tillhandahålls.

Dessa ändringar meddelas försäkringstagaren samtidigt med premiekravet för den period då de nya villkoren skall börja gälla och baseras på en bedömning av följande faktorer:

- Ändringar i tillämpliga lagar, förordningar eller skattebestämmelser.
- Antal, tidpunkt och kostnader för anmälda skador eller i framtiden förväntade skador.
- Ökning av kostnader för medicinska behandlingar som omfattas av försäkringen.
- Tekniska innovationer som tillämpas på medicinska behandlingar som omfattas av försäkringen.
- Annan utveckling eller omständighet som kan påverka kostnaden för tillhandahållande av skydd inom ramen för försäkringen.

I samband med meddelandet kan försäkringstagaren välja att förlänga försäkringen enligt de nya villkoren eller säga upp den före förlängningsdagen.

Försäkringen upphör automatiskt att gälla

- om en försäkrad inte längre är Bosatt i Sverige, eller
- om försäkringsbolaget har betalat ut den maximala ”livstidsgränsen” i Försäkringsbeskedet för en av de försäkrade upphör skyddet för denna försäkrade omedelbart. Om denna försäkrade är försäkringstagaren upphör allt skydd för försäkringstagaren och övriga försäkrade omedelbart, eller
- när försäkringstagaren dör, eller
- vid den förnysetidpunkt som följer närmast efter det att försäkringstagaren eller en försäkrad uppnått 85 års ålder för försäkringsskyddet Critical Advantage (A5.1) och 75 år för Critical Illness (A5.2) skyddet nedan. När det gäller Barn upphör skyddet att gälla när Barnet uppnår en ålder av 19 år, med undantag för om Barnet studerar på heltid, i vilket fall skyddet upphör att gälla när Barnet uppnår en ålder av 35 år.

A5. VAD GÄLLER FÖRSÄKRINGEN FÖR?

A5.1 Medicinska utgifter utanför Sverige (Critical Advantage)

Syftet med den här försäkringen är att skydda försäkrad och ersätta kostnader för hälso- och sjukvård i samband med behandling av sjukdomar och medicinska behandlingar som omfattas av försäkringen, i de fall samtliga villkor är uppfyllda:

- Behandlingen utförs under försäkringsperioden.
- Diagnosen som föranleder den medicinska behandlingen har bekräftats av tjänsten InterConsultation.

- Aktuell sjukdom eller aktuellt tillstånd har inte diagnostiserats, och inga symtom har uppkommit, under tio år före dagen för ikraftträdande av försäkringen, eller före dagen för inkludering av respektive försäkrad, i enlighet med Försäkringsbeskedet.
- Behandlingen är medicinskt nödvändig.
- Kostnaderna ligger inom försäkringsbeloppet och begränsningarna i Försäkringsbeskedet.
- Behandlingen ordnas av Best Doctors i enlighet med handläggandet för skadeanmälan i punkt A11.
- Hälso- och sjukvårdskostnaderna uppkommer utanför Sverige, med undantag för de läkemedelskostnader som omfattas av punkt A7, avsnitt xiii.
- Kostnaderna för diagnostiska förfaranden, behandling, tjänster, varor eller recept som omfattas av punkt A7.

A5.2 Critical Illness

I tillägg till ersättning för sjukvårdskostnader utanför Sverige som anges i punkt A5.1, är den försäkrade berättigad till ett engångsbelopp vid diagnos av någon av de sjukdomar och medicinska behandlingar som anges i punkt A6 i dessa villkor, med undantag för Cancer in situ i cervix uteri.

Ersättningen betalas ut med det engångsbelopp som finns angivet i Försäkringsbeskedet, förutsatt att kravet godkänns vid den skadereglering som genomförs enligt punkt A11 i detta försäkringsvillkor. Utbetalningen av engångsbeloppet ingår som en del av det maximala årliga försäkringsbelopp som anges i Försäkringsbeskedet.

Alla undantag som anges i punkt A8 i dessa villkor gäller också för Critical Illness. Diagnosen måste ställas före 75 års ålder.

Denna ersättning betalas inte ut för:

- Cancer in situ i cervix uteri enligt definitionen av begreppet under Definitioner ovan.

A6. MEDICINSKA BEHANDLINGAR SOM TÄCKS AV FÖRSÄKRINGEN

Följande medicinska behandlingar täcks av försäkringen, om de tillhandahålls på ett sjukhus som överenskommit med Best Doctors:

Cancerbehandling

Behandling av följande:

1. Elakartade tumörer som kännetecknas av okontrollerad tillväxt och spridning av elakartade celler och som angriper vävnad. Detta inbegriper leukemi och Hodgkins sjukdom.
2. Cancer in situ som är begränsad till det epitel där den uppkommit och som inte angripit stroma eller kringliggande vävnad.
3. Alla cancerformer som histologiskt klassas som
 - premaligna, eller
 - är gränsfall mellan benigna och maligna, eller
 - har en låg malign potential.

Kranskärlskirurgi (myokardiell revaskularisering)

Genomgående av operation efter rekommendation av kardiolog för att korrigera förträngning eller stopp i ett eller flera kranskärl med hjälp av bypasstransplantat.

Byte eller reparation av hjärtklaff

Genomgående av operation efter rekommendation av kardiolog för att byta eller reparera en eller flera hjärtklaffar.

Neurokirurgi

Innebär kirurgiska ingrepp i

- hjärnan (eller annan intrakraniell struktur), eller
- godartade tumörer i ryggmärgen.

Organtransplantation från levande donator

Kirurgisk transplantation där den Försäkrade får en njure, ett segment av lever, lunglob eller en del av bukspottkörteln från någon annan levande kompatibel givare.

Benmärgstransplantation

Försäkrad tar emot transplantat av kompatibel benmärg från

- sig själv (autolog benmärgstransplantation), eller
- en levande kompatibel donator (allogen benmärgstransplantation).

A7. KOSTNADER SOM TÄCKS AV FÖRSÄKRINGEN

Försäkringen ersätter följande kostnader (upp till beloppet i Försäkringsbeskedet) som uppkommer i samband med de medicinska behandlingar som specificeras i punkt A6 i försäkringen:

- i. Det överenskomna sjukhusets avgifter för följande:
 - Logi, måltider och allmänna vårdtjänster som tillhandahålls under försäkrads vistelse på sjukhuset eller på en intensivvårds- eller övervakningsavdelning.
 - Andra sjukhustjänster, däribland sådana som tillhandahålls av sjukhusets öppenvårdsavdelning, och kostnader för en extrasäng till någon som vistas på sjukhuset med försäkrad (om sjukhuset tillhandahåller denna tjänst).
 - Användning av operationssal och alla dithörande tjänster.
- ii. Avgifter för dagklinik, walk-in-center eller avdelning för mindre skador, men endast om behandlingen eller förskrivningen skulle ha omfattats av försäkringen om den hade tillhandahållits på överenskommet sjukhus.
- iii. Läkaravgifter för undersökningar, behandlingar och medicinsk vård.
- iv. Avgifter för läkarbesök under sjukhusvistelse på överenskommet sjukhus.

- v. Avgifter för följande medicinska och kirurgiska tjänster, behandlingar och förskrivningar:
- Narkos utförd av behörig narkosläkare.
 - Korrekt genomförda laborietester, radioterapi, radiologi (vanligtvis röntgenstrålning och scanning), kemoterapi, elektrokardiografi (EKG), ekokardiografi, benmärgsundersökningar, elektroencefalografi (EEG), angiografi, tomografi och andra liknande tester som behövs för att diagnostisera och behandla en sjukdom eller ett tillstånd som föranleder en medicinsk behandling som omfattas av försäkringen.
 - Blodtransfusioner eller transfusioner av blodprodukter, t.ex. plasma.
 - Kostnader som uppkommer i samband med syrgas, intravenösa dropp och injektioner.
- vi. Kostnader för förskrivna läkemedel som expedieras av licensierad farmaceut under tiden då försäkrad vistas på överenskommet sjukhus för en medicinsk behandling som omfattas av försäkringen. Läkemedel som förskrivs för behandling efter en medicinsk behandling omfattas av försäkringen i 30 dagar från den dag då försäkrad skrivs ut från sjukhuset.
- vii. Kostnad för transport med ambulans eller ambulansflyg, om detta anses nödvändigt av läkare och godkänns av försäkringsgivare.
- viii. Nödvändiga kostnader och avgifter avseende en levande donator, däribland följande:
- Kostnad för undersökningar för att hitta en kompatibel levande donator för den transplantation av organ eller benmärg som försäkrad behöver.
 - Sjukhuskostnader som tillhandahålls en levande donator, däribland logi, måltider, allmänna vårdtjänster, regelmässiga tjänster som tillhandahålls av sjukhuspersonal, laborietester och användning av utrustning och andra sjukhusfaciliteter (inbegriper inte produkter för personligt bruk som inte behövs för processen att avlägsna det organ eller den vävnad som ska transplanteras).
 - Kirurgiska och medicinska tjänster för att avlägsna den levande donators organ eller vävnad som ska transplanteras till försäkrad.
- ix. Kostnader för tjänster och material som tillhandahålls för benmärgsodling (medicinsk testning av försäkrads benmärg eller den donerade benmärgen).
- x. Kostnader för försäkrad, en valfri följeslagare och – om tillämpligt – den levande donators resor till och från överenskommet sjukhus för en medicinsk behandling som täcks av försäkringen. Alla researrangemang ska ordnas av Best Doctors, som ansvarar för att bestämma datumen för resorna med utgångspunkt i godkänt behandlingsschema.

Datumen kommer att meddelas försäkrad i god tid, så att denne har möjlighet att sörja för all nödvändig planering. I det fall försäkrad ändrar de resedatum som har meddelats av Best Doctors ska försäkrad ersätta försäkringsbolaget och/eller Best Doctors för alla kostnader som uppkommer i samband med att organisera och ordna nya researrangemang, såvida inte Best Doctors har bekräftat att ändringarna är nödvändiga ur medicinsk synvinkel.

Följande resekostnader täcks av försäkringen:

- Transport från försäkrads stadigvarande adress i Sverige till angiven flygplats eller järnvägsstation.
 - Tåg- eller flygbiljett i ekonomiklass till den ort där behandlingen ska genomföras, liksom transport till angivet hotell.
 - En första resa från angivet hotell till sjukhuset eller behandlande läkare samt hjälp i sjukhusets inskrivningsprocess.
 - Transport från angivet hotell eller överenskommet sjukhus till angiven flygplats eller järnvägsstation.
 - Tåg- eller flygbiljett i ekonomiklass och efterföljande transport till försäkrads stadigvarande adress.
- xi. Kostnaden för nödvändig logi eller ett rum med en dubbelsäng eller två enkelsängar på ett tre- eller fyrstjärnigt hotell (inklusive frukost) för försäkrad, en följeslagare och – i fall med transplantation – den levande donatorn, vid resa utanför Sverige för en medicinsk behandling som täcks av försäkringen (valet av hotell beror på tillgången och baseras på närheten till överenskommet sjukhus eller behandlande läkare inom en radie av 10 km). Best Doctors ansvarar för att bestämma bokningsdatumen för login, med utgångspunkt i godkänt behandlingsschema. Datumen kommer att meddelas försäkrad i god tid, så att denne har möjlighet att sörja för all nödvändig planering. Best Doctors ordnar ett datum för återresa, med utgångspunkt i slutförandet av behandlingen och en överenskommelse med behandlande läkare om att försäkrad är redo att resa. I det fall försäkrad ändrar de resdatum som har bokats och meddelats av Best Doctors ska försäkrad ersätta försäkringsbolaget och/eller Best Doctors för alla kostnader som uppkommer i samband med att organisera och ordna nya logiarrangemang, såvida inte Best Doctors har bekräftat att ändringarna är nödvändiga ur medicinsk synvinkel.
- xii. Om försäkrad och/eller den levande donatorn (i fall med transplantation) avlider utomlands under behandling som anordnats inom ramen för denna försäkring, i anslutning till en medicinsk behandling som täcks av försäkringen, kostnader för hemtransport av den avlidne eller de avlidna, liksom minimikostnader som erfordras för administrativa formaliteter, balsamering och den eller de kistor som den avlidne eller de avlidna transporteras hem i.

xiii. Kostnader för läkemedel som köps i Sverige, efter behandling av en medicinsk behandling som omfattas av försäkringen och som godkänts av Best Doctors och betalats inom ramen för försäkringen, vid en vistelse längre än tre nätter på överenskommet sjukhus. Denna förmån är endast tillgänglig inom ramen för försäkringen på följande grund:

- Läkemedlet har rekommenderats via Best Doctors av en eller flera internationella läkare som behandlat försäkrad som nödvändigt för pågående behandling.
- Läkemedlet har beviljats licens och godkänts av behörig medicinsk myndighet i Sverige och dess förskrivning och administrering är reglerad.
- Läkemedlet kräver förskrivning av läkare i Sverige.
- Läkemedlet är tillgängligt för köp i Sverige.
- Ingen förskrivning överskrider en konsumtions dos längre än två månader.
- Läkemedelskostnaden överskrider inte ”livstidsgränsen” i Försäkringsbeskedet.

xiv. En daglig ersättning betalas till försäkrad för varje dag som denne tillbringar på sjukhus utanför Sverige med anledning av godkänd behandling. Ersättningen utgörs av beloppet i Försäkringsbeskedet för varje natt som tillbringas på överenskommet sjukhus, upp till högst 60 dagar per skada.

A8. UNDANTAG

Försäkringen har följande undantag:

i. Allmänna undantag

Vi ersätter inte skador för följande:

- Kostnader som uppkommer med anledning av sjukdomar eller medicinska behandlingar som inte uttryckligen återfinns i punkt A6.
- Kostnader för sjukdom eller kroppsskada som uppkommer till följd av krig, terroristhandlingar, seismiska rörelser, oroligheter, upplopp, översvämningar, vulkanutbrott, liksom direkta eller indirekta konsekvenser av kärnreaktioner eller andra extraordinära eller katastrofartade fenomen, däribland av svensk behörig myndighet officiellt deklarerade epidemier.
- Hälso- och sjukvårdskostnader som uppkommer på grund av alkoholism, narkotikaberoende och/eller berusningsmedel, orsakade av alkoholmissbruk och/eller användning av psykoaktiva, narkotiska eller hallucinogena preparat.
- Konsekvenser och sjukdomar som uppkommer till följd av självmord, självmordsförsök eller självskada.
- Kostnader som härrör från sjukdomar eller tillstånd som orsakats avsiktligt eller bedrägligt eller som härrör från försumlighet eller straffbar vårdslöshet hos försäkrad eller till följd av att försäkrad, dennes arvtagare eller ett juridiskt ombud har begått, eller har försökt att begå, ett brott.
- Sjukdom eller skada hos försäkrad, eller händelser eller deras konsekvenser, direkt eller indirekt orsakade av

kärnenergi eller utsläpp av radioaktiva, kemiska eller biologiska material, oavsett form.

ii. Medicinska undantag

Vi ersätter inte skador för följande:

- Medicinska behandlingar för Hälsotillstånd vid tecknandet som uppkommit under tio år före dagen för ikraftträdande.
- Experimentella behandlingar.
- Medicinska behandlingar som är nödvändiga till följd av aids (förvärvat immunbristsyndrom), HIV (humant immunbristvirus) eller tillstånd som uppkommer ur dessa (inbegripet Kaposis sarkom), liksom behandling för AIDS eller HIV.
- Tjänster som inte är medicinskt nödvändiga för en medicinsk behandling som omfattas av försäkringen, enligt beskrivningen i punkt A6.
- Behandling som avser en sjukdom som uppkommer till följd av en organtransplantation, med undantag för de medicinska behandlingar som omfattas av försäkringen och som listas i punkt A6.
- Försäkringsbolaget har inte några förpliktelser i fall med de undantagna sjukdomar och medicinska behandlingar som omnämns nedan:
 - Varje tumör i närvaro av förvärvat immunbristsyndrom (AIDS).
 - Hudcancer, med undantag för maligna melanom.
 - Kranskärslsjukdom som behandlas med andra metoder än kranskärslsbypass, som alla typer av angioplastik kirurgi.
 - Transplantation där behovet av en transplantation uppkommer till följd av alkoholorsakad leversjukdom.
 - Transplantation där transplantationen genomförs som en autolog transplantation, med undantag för benmärgstransplantationer.
 - Transplantation där försäkrad är donator till tredje part.
 - Transplantationer från en avliden donator.
 - Organtransplantation som inbegriper stamcellsbehandling.
 - Transplantation där transplantationen möjliggörs genom köp av donerade organ.

iii. Undantagna kostnader

Vi ersätter inte:

- Kostnader för diagnoser, behandlingar, tjänster, förnödenheter eller förskrivningar i Sverige, med undantag för läkemedelskostnader i enlighet med avsnitt xiii. i punkt A7.
- Alla kostnader som uppstår i samband med eller härrör från någon diagnostik, behandling, tjänster, varor eller recept av något slag varhelst i världen det uppstått, när den försäkrade, vid tidpunkten för skadeanmälan, inte kan anses vara bosatt i Sverige.

- Kostnader för vård i hemmet eller för tjänster som tillhandahålls på sjuk- eller vårdhem, hospice eller liknande, också om tjänsterna behövs till följd av en medicinsk behandling som täcks av försäkringen.
- Kostnader för proteser (t.ex. en konstgjord lem eller ett porslinsöga), med undantag för protetiska hjärtklaffar och bröstimplantat i samband med rekonstruktiv kirurgi efter mastektomi som genomförts inom ramen för denna försäkring.
- Kostnader för ortopedisk utrustning (t.ex. skenor och nackkragar), korsetter, bandage, kryckor, peruker (även om de anses vara nödvändiga under kemoterapi), ortopediska skor, bräckband och liknande utrustning eller produkter.
- Avgifter för medicinsk vård i samband med demens, Alzheimers sjukdom eller annat avvikande mentalt tillstånd eller förlust av mental förmåga.
- Kostnader för tolkar och telefonsamtal liksom andra avgifter kopplade till produkter som är för personligt bruk och inte av medicinsk natur.
- Kostnader för tjänster som tillhandahålls av försäkrads släktingar eller följeslagare, andra än kostnaden för en extrasäng till någon som vistas på sjukhuset med försäkrad.
- Kostnader för köp eller hyra av rullstolar, specialsängar, luftkonditioneringsapparater, luftrenare eller andra liknande produkter eller utrustning.
- Kostnader för alternativmedicin, också när sådan förskrivs av läkare.
- Kostnader för behandlingar, tjänster, förnödenheter eller medicinska förskrivningar för en sjukdom för vilken den bästa behandlingen är en organtransplantation.
- Kostnader för rese- och/eller logiarrangemang som ordnas av försäkrad eller av tredje part på försäkrads vägnar.
- Kostnader för måltider (exklusive frukost) och tillfälliga utgifter på hotellet utanför Sverige.
- Kostnader för läkemedel som köps i Sverige om sådana kostnader finansieras helt av den svenska nationella hälso- och sjukvården eller täcks av en annan av försäkrads försäkringar, eller när läkemedlet har köpts utanför Sverige.
- Kostnader för administrering av läkemedel som köps i Sverige.
- Återbetalning av kostnaden för ett läkemedel om fakturan skickas till försäkringsbolaget mer än 180 dagar efter köpet av läkemedlet.

A9. SJÄLVRISK

Försäkringen gäller utan självrisk.

A10. ERSÄTTNINGSBESTÄMMELSER

Ersättningsnivåerna för medicinska kostnader, rese- och boendekostnader samt engångsbelopp vid Critical Illness anges i Försäkringsbeskedet.

Utbetalning från Försäkringen ska göras utan uppskov, dock senast en månad efter det att försäkringsgivaren mottagit de fullständiga handlingar som försäkringsgivaren behöver enligt punkt A11 för bedömningen av försäkringsfallet och sin ansvarighet.

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

Om skada anmäls senare än vad som anges i punkt A11 eller om försäkringsgivaren inte ges möjlighet att ta del av handlingar som anges i samma punkt, och försummelsen har medfört skada för försäkringsgivaren, kan den ersättning som annars skulle ha betalats ut sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Ersättningsbelopp enligt denna Försäkring beräknas utan beaktande av vilka övriga privata, kollektiva eller allmänna försäkringsersättningar som betalas ut.

A11. ÅTGÄRDER VID SKADA

Innan försäkrad får någon typ av engångsbelopp, behandling, tjänst, förnödenhet eller medicinsk förskrivning inom ramen för en medicinsk behandling som omfattas av försäkringen, enligt vad som definieras i punkt A6, ska försäkrad, eller en person som lagligen agerar på dennes vägnar, följa följande procedur:

1. Skadeanmälan

Kontakta Allra Försäkring så snart som möjligt för att anmäla en skada och för att begära ett andra medicinskt utlåtande, dvs. tjänsten känd som InterConsultation.

Best Doctors informerar försäkrad om de steg som måste vidtas för att genomgå processen InterConsultation, däribland försäkrads undertecknade godkännande, som gör det möjligt för Best Doctors att få tillgång till alla relevanta diagnostiska tester och all medicinsk information. Syftet med tjänsten InterConsultation är att bekräfta diagnosen och det skydd som ges inom ramen för försäkringen.

2. Skadebedömning och utbetalning av engångsbelopp

Efter att ha genomgått tjänsten InterConsultation skickar Best Doctors en rapport med sina slutsatser. Om rapporten bekräftar att diagnosen är en sjukdom eller en medicinsk behandling som omfattas av försäkringen, kommer det engångsbelopp som anges i Försäkringsbeskedet att betalas till den försäkrade, eller förmyndare om den försäkrade är minderårig.

3. Val av sjukhus för behandling

Om försäkrad önskar genomgå behandlingen utanför Sverige, ska denne informera Best Doctors om detta. Best Doctors förser då försäkrad med en förteckning över rekommenderade sjukhus utomlands. Försäkrad ska sedan informera Best Doctors om till vilket av sjukhusen denne vill åka till.

4. Medicinskt förhandsintyg

När Best Doctors har godkänt försäkrads val av sjukhus från förteckningen över rekommenderade sjukhus ordnar Best Doctors med nödvändiga arrangemang inför försäkrads resa till sjukhuset. Best Doctors utfärdar även ett medicinskt förhandsintyg, den skriftliga bekräftelsen av försäkringsskyddet, före det att tjänsterna utförs på angivet sjukhus. Detta intyg ger försäkrad tillgång till relevanta behandlingar, tjänster, förnödenheter och förskrivningar med avseende på skadan vid det sjukhus som valts.

Eventuella kostnader som uppkommer vid något annat sjukhus än det som omnämns i det medicinska förhandsintyget täcks inte av försäkringen.

Eventuella kostnader som uppkommer före utfärdandet av det medicinska förhandsintyget täcks inte av försäkringen.

Förteckningen över rekommenderade sjukhus och det medicinska förhandsintyget utfärdas med utgångspunkt i försäkrads hälsotillstånd vid tidpunkten för utfärdandet av Best Doctors. Eftersom försäkrads hälsotillstånd kan förändras över tiden har båda handlingarna en giltighet på tre månader.

5. Behandling och betalning

Så länge villkoren i det medicinska förhandsintyget är uppfylla ersätter försäkringsbolaget kostnaderna (enligt punkt A7) för de medicinska behandlingarna (enligt punkt A6) direkt till sjukhuset, kliniken, läkaren eller till annan medicinsk tjänst som har avtalats om. Försäkringsbolaget betalar ut ersättning endast upp till försäkringsbeloppet och enligt begränsningarna i Försäkringsbeskedet. Läkare som arbetar för Best Doctors och/eller för försäkringsbolaget ska kunna besöka och undersöka försäkrad när som helst och införskaffa nödvändig information. Läkarna som inhämtar relevant information kommer att vidarebefordra denna till försäkringsbolaget eller till Best Doctors (eller båda).

Om försäkrad (eller någon som agerar eller talar för denne) inte låter en läkare träffa eller undersöka honom eller henne, eller inhämta den information som försäkringsbolaget eller Best Doctors behöver, är försäkringsbolaget inte skyldigt att ersätta skadan.

6. Finansiering och återbetalning

Köp av läkemedel enligt avsnitt xiii. i punkt A7 måste ordnas och betalas direkt av försäkrad. Försäkringsbolaget återbetalar sedan försäkrad efter att ha tagit emot relevant förskrivning, originalfaktura och betalningsbevis.

Om kostnaden för läkemedlet delvis finansieras av den svenska hälso- och sjukvården eller av annan försäkring ska begäran om återbetalning tydligt särskilja de kostnader som delvis finansieras av försäkrad eller tredje part.

B. Särskilda villkor för Hospital Cash

B1. FÖRSÄKRINGSTAGARE

Försäkringstagare enligt denna Försäkring är person som vid försäkringens tecknande har fyllt 18 men inte 65 år och är stadigvarande bosatt i Sverige samt tecknat Försäkringen i enlighet med vad som närmare anges i punkt B4.

B2. FÖRSÄKRAD

Försäkrad enligt denna Försäkring är försäkringstagaren samt Partner, Barn eller Närstående barn för vilken tilläggspremie betalats och som är folkbokförd på samma adress som försäkringstagaren samt namngiven i Försäkringsbeskedet.

B3. VAR GÄLLER FÖRSÄKRINGEN?

Försäkringen gäller vid Sjukhusvistelse inom Sverige.

B4. NÄR GÄLLER FÖRSÄKRINGEN?

Varje försäkringsperiod omfattar 12 månader.

Försäkringen gäller dygnet runt under arbetstid såväl som fritid.

Försäkringen gäller

- från dagen efter den dag då försäkringstagaren ansökt om Försäkringen skriftligen eller per telefon, eller
- från den senare dag som försäkringstagaren begärt att Försäkringen ska börja gälla.

För att ansökan ska anses ha gjorts krävs att en fullständigt ifyllt och underskriven ansökningshandling och hälsodeklarationen har lämnats för befordran med post eller har lämnats till behörig företrädare för försäkringsgivaren. Om Försäkringen tecknats per telefon anses lämnade uppgifter bekräftade som fullständiga och korrekta genom betalning av försäkringspremien. Om någon uppgift är oriktig eller ofullständig gäller vad som föreskrivs i försäkringsavtalslagen (FAL).

Försäkringen förnyas automatiskt att gälla för ytterligare försäkringsperioder om 12 månader i taget om inte försäkringstagaren eller försäkringsgivaren sagt upp Försäkringen före försäkringsperiodens utgång (se under punkt 2.1 angående uppsägning av Försäkringen). Premien för perioden baseras på försäkrads nya ålder vid tidpunkten för förlängningen.

Försäkringen upphör automatiskt att gälla

- om försäkringsbolaget har betalat ut den maximala "livstidsgränsen" i Försäkringsbeskedet för en av de försäkrade upphör skyddet för denna försäkrade omedelbart. Om denna försäkrade är försäkringstagaren upphör allt skydd för försäkringstagaren och övriga försäkrade omedelbart, eller
- när försäkringstagaren dör, eller
- vid den förnysetidpunkt som följer närmast efter det att försäkringstagaren eller en försäkrad uppnått 75 års ålder för Hospital Cash förmånen. När det gäller Barn upphör skyddet att gälla för varje Barn när det uppnår en ålder av 19 år, med undantag för Närstående barn för vilka skyddet upphör att gälla när de uppnår en ålder av 35 år.

B5. VAD GÄLLER FÖRSÄKRINGEN FÖR?**Dagersättning vid Sjukhusvistelse**

Om försäkrad under försäkringstiden måste vårdas på Sjukhus på grund av Sjukdom som uppträder för första gången under försäkringstiden eller på grund av skada som uppkommer genom Olyckshändelse under försäkringstiden, betalar Försäkringen, i enlighet med punkten B2, ut dagersättningen som står angiven i Försäkringsbeskedet efter det att den försäkrade vistats på Sjukhus i Sverige sammanhängande under minst 24 timmar och därefter under högst 30 dagar sammanlagt per försäkringsperiod.

Olyckshändelse eller Sjukdom som kräver mer än en Sjukhusvistelse betraktas som en ansökan vid beräkning av maximal ersättning.

Det finns ingen tidsgräns från tidpunkten för Sjukdomens uppträdande respektive Olyckshändelsens inträffande till Sjukhusvistelsen (direktrelaterad till Sjukdomen respektive Olyckshändelsen) så länge som både Sjukdomen respektive Olyckshändelsen och Sjukhusvistelsen sker under Försäkringens giltighetstid.

Om under Sjukhusvistelse, den försäkrades hälsotillstånd kräver behandling för annat än den ursprungliga Sjukdomen eller den ursprungliga skadan genom Olyckshändelse, betalar Försäkringen endast dagersättning för den tid på Sjukhus som avser behandling av den Sjukdom eller den skada genom Olyckshändelse som omfattas av Försäkringen.

Det totala skadeersättningsbeloppet betalas ut i form av ett engångsbelopp inte med en utbetalning per dag. Med dag menas en tidsperiod om 24 timmar i en följd. Utbetalningen av förmånen utgör en del av de maximala årliga försäkringsbelopp som anges i Försäkringsbeskedet.

Försäkringen gäller med en karenstid på 120 dagar i samband med sjukhusvistelse på grund av sjukdom. Endast sjukhusvistelse på grund av sjukdom som bryter ut efter karenstiden omfattas av försäkringen. Vid sjukhusvistelse på grund av olycka är försäkringen inte förenad med någon karenstid.

B6. UNDANTAG

Vad beträffar skyddet vid sjukhusvistelse lämnas inte ersättning för:

- Befintliga, inklusive medfödda, hälsotillstånd,
- Sjukdom eller skada genom Olyckshändelse som har samband med bruk av alkohol eller droger,
- Sjukdom eller skada genom Olyckshändelse som framkallats uppsåtligt, även när detta skett under inflytande av allvarlig psykisk störning,
- Skada genom Olyckshändelse som har samband med utövande av Farlig sport,
- Medicinskt tillstånd som har samband med en Olyckshändelse som inträffat före det att Försäkringen tecknades,
- Sjukdom eller skada genom Olyckshändelse som har samband med olaglig handling begången av den försäkrade.

- Medicinskt tillstånd som har samband med sjukdom som av svensk behörig myndighet klassificerats som epidemi.
- Sjukdom eller skada genom Olyckshändelse som har samband med kärnenergi eller kemiska eller biologiska material i någon form.

B7. SJÄLVRISK

Försäkringen gäller utan självrisk.

B8. ERSÄTTNINGSBESTÄMMELSER

Ersättningsnivåerna för dagersättning anges i Försäkringsbeskedet.

Utbetalning från Försäkringen ska göras utan uppskov, dock senast en månad efter det att försäkringsgivaren mottagit de fullständiga handlingar som försäkringsgivaren behöver enligt punkt B9 för bedömningen av försäkringsfallet och sin ansvarighet.

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

Om skada anmäls senare än vad som anges i punkt B9 eller om försäkringsgivaren inte ges möjlighet att ta del av handlingar som anges i samma punkt, och försummelsen har medfört skada för försäkringsgivaren, kan den ersättning som annars skulle ha betalats ut sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Ersättningsbelopp enligt denna Försäkring beräknas utan beaktande av vilka övriga privata, kollektiva eller allmänna försäkringsersättningar som betalas ut.

B9. ÅTGÄRDER VID SKADA

Skada som kan medföra ersättningskrav ska anmälas till försäkringsgivaren så snart som möjligt, dock senast tolv (12) månader efter det att skadan inträffade. Kontaktuppgifter vid skada framgår under punkt C2 av de Allmänna villkoren.

Ersättningskravet för dagersättning vid Sjukhusvistelse skall innehålla följande handlingar:

1. Ifylld och undertecknad skadeanmälan.
2. Kopia av sjukhusets inläggningsrapport.
3. **Om Sjukhusvistelsen beror på Sjukdom:** En rapport från den försäkrades behandlande läkare som beskriver diagnosen av det medicinska tillståndet, inklusive dess orsak, ungefärlig tidpunkt för när det startade, typ, behandling samt uppskattad varaktighet.
4. **Om Sjukhusvistelse beror på Olyckshändelse:** Kopia av Olycksrapporten, polisrapport eller akutmottagningsrapport. Avsaknad av ovan angiven dokumenta-

tion kan fördröja skaderegleringen eller leda till att försäkringsgivaren inte har möjlighet att betala ut någon ersättning.

C. Allmänna försäkringsvillkor för både A) och B)

C1. ALLMÄNNA AVTALSBESTÄMMELSER

1. Uppsägning

Försäkringstagaren har rätt att när som helst säga upp Försäkringen att upphöra omedelbart eller vid en viss framtida tidpunkt. Kontaktuppgifter vid uppsägning av Försäkringen framgår under punkt C2.

Försäkringsgivaren har rätt att säga upp Försäkringen till försäkringsperiodens utgång. Uppsägningen ska göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren i normalbrev senast en (1) månad innan försäkringsperioden går ut.

Den ska innehålla en förfrågan om försäkringstagaren vill ha Försäkringen förnyad. Begär försäkringstagaren att Försäkringen förnyas, gäller uppsägningen bara om det finns särskilda skäl att vägra Försäkring.

2. Premiebetalning och uppsägning vid dröjsmål med betalning

Premien fastställs utifrån den försäkrades ålder.

Premien ska betalas via autogiro senast på förfallodagen som anges i Försäkringsbeskedet.

Om premien inte betalas i rätt tid har försäkringsgivaren, om dröjsmålet inte är av ringa betydelse, rätt att säga upp Försäkringen. Uppsägningen får verkan 14 dagar efter den dag försäkringsgivaren skickade ut ett skriftligt meddelande om uppsägningen, om inte premien betalas inom denna frist. Om dröjsmålet beror på i försäkringsavtalslagen närmare specificerade hinder som ligger utanför försäkringstagarens kontroll, får uppsägningen inte någon verkan förrän tre (3) månader dagar efter fristens utgång.

3. Ändring av försäkringsvillkor och premie

Försäkringsgivaren har rätt att i den utsträckning som följer av försäkringsavtalslagen, ändra försäkringsvillkoren och premienivån vid förnyelse av Försäkringen. Försäkringsgivaren ska vid sådant förhållande lämna skriftligt meddelande om ändringen senast en månad innan ändringen ska börja gälla. Den förnyade Försäkringen gäller därefter på de villkor som försäkringsgivaren har angett i sitt meddelande. Försäkringsgivaren har även rätt att, i den utsträckning som följer av försäkringsavtalslagen, ändra försäkringsvillkoren och premienivån under försäkringstiden. Sådan ändring gäller en (1) månad efter det att försäkringsbolaget avsände skriftligt meddelande om ändringen.

4. Ångerrätt vid distansavtal

Försäkringstagaren har rätt att frånträda försäkringsavtalet (ångerrätt) genom att lämna meddelande till försäkringsgivaren om frånträdet inom 30 dagar räknat från den dag som

försäkringstagaren mottagit Försäkringsbeskedet.

Om försäkringstagaren utnyttjar sin ångerrätt ska försäkringsgivaren senast inom 30 dagar betala tillbaka premien som försäkringstagaren betalat till försäkringsgivaren. Försäkringstagaren ska vid utnyttjande av ångerrätten, senast inom 30 dagar betala tillbaka ersättningsbelopp om sådant utbetalats. Tiden räknas från den dag försäkringsgivaren mottog meddelandet från försäkringstagaren angående frånträdet från försäkringsavtalet. Kontaktuppgifter för meddelande om utnyttjande av ångerrätt framgår under punkt C2.

5. Force majeure

Försäkringsgivaren är inte ansvarig i händelse av krig, krigsliknande händelser, inbördeskrig, militära övningar, revolution, upplöpp, terrorism, atom- eller kärnprocess, myndighetsåtgärd, beslag, strejk, lockout, blockad, allmänna avbrott i data- eller teleförbindelser, eller liknande händelse.

6. Upplyningsplikt

Premie och försäkringsvillkor enligt denna Försäkring baseras på de uppgifter som lämnats när Försäkringen tecknades eller förnyades. Om försäkringstagaren eller den försäkrade har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter, kan Försäkringen vara ogiltig eller ersättningsbeloppen bortfalla eller sättas ned eller försäkringsgivaren vara berättigad att säga upp Försäkringen.

7. Preskription

Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning förlorar sin rätt, om han inte väcker talan vid domstol mot försäkringsgivaren inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsavtalet berättigar till sådant skydd inträdde.

Har den ersättningsberättigade framställt anspråket till försäkringsgivaren inom den tid som angetts i första stycket har hen alltid sex månader på sig att väcka talan vid domstol mot försäkringsgivaren sedan försäkringsgivaren tagit slutlig ställning till ersättningsfrågan.

8. Personuppgiftslagen

Försäkringsgivaren kommer att behandla försäkrades personuppgifter, vilket kan komma att innefatta uppgifter om den försäkrades hälsa, i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204 (PuL)). Syftet med behandlingen är fullgörandet av de avtalsenliga åtagandena mot försäkrad. Personuppgifterna utgör vidare underlag för marknads- och kundanalys, affärs- och metodutveckling, statistik och riskhantering, marknadsföring och service i övrigt. Personuppgifterna kan komma behandlas av andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med för utförandet av det uppdrag försäkringsgivaren har från försäkringstagaren. Har försäkrad några frågor om detta går det bra att kontakta försäkringsgivarens personuppgiftsombud på e-post personuppgiftsombud@amtrustgroup.com. Enligt PuL har försäkrad rätt att begära information om- och rättelse av de personuppgifter som behandlas. Försäkrad kan därför kostnadsfritt ta del av de registrerade uppgifterna en gång per år. Sådan begäran framställs till personuppgiftsombudet på

adress som framgår nedan och ska vara undertecknad av den sökande. Önskar försäkrad begära rättelse av felaktig personuppgift, vänligen kontakta personuppgiftsombudet.

9. Vägledning

För vägledning inför tecknande av en försäkring kan en konsument kontakta Konsumenternas Försäkringsbyrå, Box 24 215, 104 51 Stockholm, telefon 0200-22 58 00.

10. Klagomål

- För klagomål gällande förmedlingen av försäkringen kontaktas Allra enligt adress nedan.
- För klagomål rörande försäkringen kontakta AmTrust Nordic AB på adress Hamngatan 11, 111 47 Stockholm eller via e-post klagomal@amtrustgroup.com. Ditt ärende kommer att behandlas snabbt, effektivt och på ett omsorgsfullt sätt. Är klagomålet att betrakta som ett missförstånd eller ett enkelt fel ska detta åtgärdas omedelbart. AmTrust Nordic ska så snart som möjligt, men senast inom 14 dagar, skriftligen meddela dig hur AmTrust har bedömt ärendet och på vilket sätt AmTrust har följt upp ärendet. Om ditt klagomål inte kan tillmötesgå kommer du att få en förklaring till beslutet.

11. Omprövning av skadeärenden

Är du inte nöjd med lämnat beslut i samband med skada, kan beslutet prövas av försäkringsgivaren. Begäran om omprövning ska ske skriftligen till AmTrust Nordic AB, Hamngatan 11, 111 47 Stockholm alternativt via e-post infonordic@amtrustgroup.com. AmTrust Nordics skadekommitte kommer då på nytt pröva din rätt till ersättning. Besked gällande omprövningen lämnas skriftligen inom två veckor från att anmälan inkommit.

12. Tillämplig lag och behörig domstol

För försäkringsavtalet ska svensk lag gälla. Tvist angående avtalet ska prövas av svensk domstol. Detta gäller även om tvisten avser skada som inträffar utomlands. Det finns även möjlighet att få eventuell tvist prövad av Allmänna reklamationsnämnden, Box 174, 101 23 Stockholm, telefon 08-508 860 00. Försäkrad har slutligen även möjlighet att väcka talan mot försäkringsgivaren vid allmän domstol.

C2. FÖRSÄKRINGSGIVARE OCH FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARE

Försäkringsgivare för denna Försäkring är AmTrust Europe Ltd, med registrerad adress: 10th Floor Market Square House, St James's Street, Nottingham, NG1 6FG, England, organisationsnummer: 1229676. AmTrust Europe Ltd är auktoriserad av Prudential Regulation Authority och regleras av Financial Conduct Authority (FCA) samt Prudential Regulation Authority, registreringsnummer för finansiella tjänster: 202189. Dessa uppgifter kan kontrolleras via registret för finansiella tjänster, på www.fca.org.uk.

Försäkringsgivaren representeras i Sverige av sin generalagent, AmTrust Nordic AB, Hamngatan 11, 111 47 Stockholm, telefon 08-440 38 00.

Försäkringen förmedlas av Allra Försäkring AB, Sveavägen 24-26, 111 57 Stockholm.



Vid utnyttjande av ångerrätt eller uppsägning av Försäkringen, för att anmäla en skada eller för att erhålla Interkonsultations-tjänsten eller för frågor relaterade till försäkringen.

Skicka meddelandet till:
 Allra Försäkring AB
 Sveavägen 24-26, 4tr
 111 57 Stockholm
 E-post: kundtjanst@allra.se
 Telefon: 08-535 25 400