



# DSS-HÄLSA

Försäkringsvillkor EssentialVård

## Innehåll

1 Allmänt.....	3
1.1 Om försäkringen .....	3
1.2 Definitioner .....	3
1.3 När gäller försäkringen .....	4
1.4 Var gäller försäkringen.....	4
1.5 Överföring från annan grupp eller försäkringsbolag .....	5
1.6 Förnyelse och förändringar.....	5
1.7 Hantering av personuppgifter.....	6
1.8 Det svenska gemensamma skadeanmälningsregistret.....	6
1.9 Premien.....	6
1.10 Efterskydd .....	7
1.11 Fortsättningsförsäkring.....	7
1.12 Överföring och pant .....	8
2 Vem försäkringen gäller för .....	8
2.1 Den försäkrade.....	8
2.2 Medförsäkrade.....	8
2.3 Krav .....	8
3 Så nyttjar du din försäkring.....	9
3.1 Så anmäler du en skada .....	9
3.2 Undersökning och behandling måste godkännas på förhand .....	10
3.3 Befintliga åkommor.....	10
3.4 Val av behandling och behandlare.....	10
3.5 Undersökning och behandlingsgarantier .....	10
3.6 Årligt maximalt försäkringsskydd.....	11
3.7 Självrisk .....	11
3.8 Preskription.....	11
3.9 Regressrätt .....	11
4 Detta ingår i försäkringen .....	11
4.1 Patientavgifter och vårdkostnader .....	11
4.2 VårdNavigator .....	12
4.3 Kroniska sjukdomar*.....	12
4.4 Smärtdiagnoser .....	13
4.5 Läkare .....	13

4.6 Digitala vårdtjänster.....	13
4.7 Uppföljningsundersökningar.....	14
4.8 Medicinsk rehabilitering efter operation/sjukhusvistelse .....	14
4.9 Hemhjälp .....	14
4.10 Receptbelagda läkemedel.....	15
4.11 Resekostnader .....	15
4.12 Fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och osteopat .....	15
4.13 Psykolog/psykoterapeut .....	15
4.14 Kristerapi.....	16
4.15 Samtalsstöd.....	16
4.16 Dietist.....	17
4.17 Förlossning .....	17
5 Tilläggsförsäkring .....	17
5.1 Missbruksbehandling .....	17
6 Detta ingår inte i försäkringen .....	18
6.1 Medicinska tillstånd och diagnoser.....	18
6.2 Behandlingar och behandlingsformer .....	20
6.3 Generella begränsningar.....	21
6.4 Force majeure .....	23
7 Om du inte är nöjd .....	23
7.1 Klagomål som sänds in till Bolagets Försäkringsnämnd .....	23
7.2 Offentliga klagomålsinstanser .....	23
7.3 Allmän domstol .....	24
7.4. Oberoende rådgivning .....	24
Ordlista.....	25
Kontaktinformation.....	26

# 1 Allmänt

## 1.1 Om försäkringen

Försäkringen består av:

1. gruppavtalet,
2. försäkringsbesked med relaterade dokument samt,
3. dessa försäkringsvillkor.

Om de olika delarna av försäkringsavtalets olika delar innehåller motsägelser, ska tolkningsföreträde ges i samma ordning som de är listade ovan.

Försäkringsavtalet faller under bestämmelserna i försäkringsavtalslagen (2005:104) och övrig svensk lag. Tillsynsmyndighet för den svenska försäkringsmarknaden är Finansinspektionen.

## 1.2 Definitioner

Denna del innehåller definitioner av vanligt förekommande ord i dessa försäkringsvillkor. Andra ord som är markerade med en asterisk (\*) förklaras i *Ordlista*.

### 1.2.1 Försäkringsgivaren

Försäkringsgivaren är Squarelife Insurance AG med organisationsnummer: FL-0002.197.228-9. Styrelsen för bolaget har sitt säte i Liechtenstein. Squarelife Insurance AG står under den finansmarknadsmyndighetens tillsyn i Liechtenstein FMA, "Finanzmarktaufsicht Liechtenstein".

Förmedlare, representant och företrädare avseende denna försäkring är DSS Hälsa AB, org.nr. 556751-0424, Torshamnsgatan 20, 164 40 Kista, Sverige.

Försäkringsgivaren och dess svenska representanter är benämns hädanefter som "Bolaget", "vi", "oss", "vår" eller "vårt".

### 1.2.2 Försäkringstagaren

Försäkringstagaren är det bolag eller den person som Bolaget har tecknat avtal om försäkring med.

Försäkringstagaren måste ha antingen ett svenskt organisationsnummer eller ett svenskt personnummer. Ett bolag måste vara beläget i Sverige om inte annat anges i försäkringsbeskedet eller gruppavtalet.

### 1.2.3 Den försäkrade

Den försäkrade är den person eller den grupp av personer vars hälsa försäkringen gäller för, även benämnd som "gruppen".

#### 1.2.4 Försäkringstiden

Försäkringstiden är den period från försäkringen träder i kraft till dess att den upphör, oavsett av vilken anledning. Om inget annat har avtalats, är försäkringstiden alltid ett år.

#### 1.2.5 Gruppavtalet

Gruppavtalet är ett avtal om gruppförsäkring mellan Bolaget och en företrädare för gruppen som ligger till grund för försäkringen. Detta innebär att varje individuell försäkrades försäkringsskydd är villkorat av, och har sin grund i, gruppavtalet.

#### 1.2.6 Försäkringsbeskedet

Försäkringsbeskedet är det skrivna kontraktet mellan Bolaget samt den försäkrade och bestämmer villkoren för försäkringen. Samtliga särskilda villkor eller begränsningar i försäkringen ska beskrivas i försäkringsbeskedet.

#### 1.2.7 Grupprepresentant

Grupprepresentanten är den som representerar gruppen av försäkrade individer. Grupprepresentanten kan t.ex. vara en försäkringsmäklare, en arbetsgivare eller annan utomstående gruppadministratör.

#### 1.2.8 Obligatorisk gruppförsäkring

En obligatorisk gruppförsäkring tas ut av en arbetsgivare eller en organisation (grupprepresentanten) för dess anställda eller medlemmar varigenom varje medlem i gruppen blir direkt ansluten på grund av gruppavtalet.

#### 1.2.9 Frivillig gruppförsäkring

Den frivilliga försäkringen tecknas genom frivillig ansökan av individer i en öppen grupp som definieras av Bolaget eller genom att dessa individer inte avböjer försäkringen.

### 1.3 När gäller försäkringen

Försäkringen gäller under försäkringstiden. Försäkringen träder i kraft vid den tidpunkt som avtalats mellan den försäkrade och Bolaget.

### 1.4 Var gäller försäkringen

Försäkrade och medförsäkrade ersättes för undersökning och behandling i Sverige. Inga kostnader ersättes i samband med återvändande till Sverige, i de fall som de försäkrade har varit stationerade utanför Sverige.

## 1.5 Överföring från annan grupp eller försäkringsbolag

### 1.5.1 Frivilligt byte från annan grupp

Om försäkringstagaren, den försäkrade eller grupprepresentanten har flyttat hans/hennes eller gruppens motsvarande försäkring från ett annat försäkringsbolag, kommer ingen ersättning betalas ut för de skador som det tidigare försäkringsbolaget har godkänt, om det inte finns ett speciellt avtal om att överta försäkringsansvaret.

### 1.5.2 Obligatorisk gruppöverföring

Om en obligatoriskt försäkrad grupp med en motsvarande existerande försäkring hos ett annat försäkringsbolag överförs som en helhet eller en definierad grupp, krävs det att alla eller som minimum två (2) försäkrade i den definierade gruppen överförs till denna försäkring.

I händelse av överföring enligt ovan, ersätter försäkringen framtida behandlingar som rapporterats efter överföringsdatum av denna försäkring, och det krävs att alla föreskrivna behandlingar accepteras av Bolaget, inklusive sådana behandlingar som accepterats av den tidigare försäkringsgivaren. Sådana rapporterade och godkända behandlingar får inte vara äldre än sex (6) månader innan överföringsdatumet.

Om försäkringen ursprungligen tecknades med undantag för befintliga åkommor kan den försäkrade tillgodoräkna sig sin anciennitet från det tidigare försäkringsbolaget. För att Bolaget ska acceptera denna anciennitet, krävs det att ett dokumenterat och validerat startdatum rapporteras in till Bolaget.

### 1.5.3 Gruppöverföring inom Bolaget

Försäkrade individer som har en giltig frivillig eller obligatorisk försäkring med Bolaget, som har tagits ut via en mellanhand, partner eller direkt hos Bolaget, och som byter gruppkontraktstillhörighet och tar ut en ny försäkring med Bolaget under en oavbruten försäkringsperiod, får tillgodoräkna sig den tidigare försäkringstiden med Bolaget. Detta gäller även om den försäkrade har haft en individuell försäkring och tar ut en ny försäkring under ett gällande frivilligt eller obligatoriskt gruppöförsäkringskontrakt inom Bolaget.

## 1.6 Förnyelse och förändringar

Premien och villkoren under den nuvarande försäkringstiden kommer att förnyas för den kommande perioden om detta inte ändras av Bolaget. Information om förändringar ges i samband med premien och förnyelsen för den nya försäkringsperioden.

Bolaget har även rätt att ändra villkoren i försäkringsbeskedet under innevarande försäkringsperiod om betingelserna för kontraktet förändras genom ändrad lagstiftning eller annan författning, ändrat tillämpning av lag eller annan författning eller myndighetsföreskrifter.

## 1.7 Hantering av personuppgifter

Bolaget respekterar och skyddar den personliga integriteten hos alla kunder, försäkringstagare, försäkrade och alla andra vars personuppgifter Bolaget behandlar. Bolaget samlar inte in mer personlig information än nödvändigt och behandlar endast personuppgifter om Bolaget har rätt att göra det.

Vilka personuppgifter som samlas in och hur Bolaget hanterar dem beror på vilken försäkringsprodukt det gäller, vem som är försäkringstagare etc. Det kan inkludera information som någon tillhandahåller oss, för egen del eller för någon annans del, vid försäkringsansökan, eller som någon tillhandahåller under pågående avtalsrelation eller i händelse av försäkringsfall. Bolaget kan också komma att behöva behandla information om någons hälsa, fackligt medlemskap eller privatekonomi, i syfte att kunna göra en bedömning av om någon är berättigad viss försäkringsprodukt.

Bolaget kan komma att behandla hälsodata med stöd av samtycke när försäkringsfall är anmält och Bolaget hänvisar en försäkrad till viss behandling.

Som en del av hanteringen av hälsoförsäkring kan Bolaget också komma att överföra personuppgifter till tredje part, med stöd av samtycke.

All information hanteras med sekretess och är skyddad genom både tekniska lösningar och strikta krav på alla Bolagets anställda.

För mer information om hur Bolaget behandlar personuppgifter och hur berörda personer kan tillvarata sina rättigheter, vänligen se Bolagets Personuppgiftspolicy på [\[länk\]](#).

För att få kontakt med Bolagets dataskyddsbud, ber vi er att använda email: [info@dss-halsa.se](mailto:info@dss-halsa.se) eller telefon: 08 – 40 00 61 21.

## 1.8 Det svenska gemensamma skadeanmälningsregistret

Bolaget har rätt att rapportera registrerade skador till det svenska, gemensamma skadeanmälningsregistret, (GSR).

## 1.9 Premien

Den första premien måste betalas inom 30 dagar från det att vi har skickat fakturan eller premiebeskedet. Förnyelsepremien måste betalas innan den nya försäkringsperioden träder i kraft men inte tidigare än 30 dagar från det att vi har skickat fakturan eller årsförnyelsen.

Om premien inte betalas i tid, kommer vi att avsluta försäkringen, vilken upphör att gälla 14 dagar efter uppsägningsdagen, om inte premien betalas inom denna tid. Uppsägningsdagen är den dag då vi skickar meddelande om uppsägning.

Om premien för en frivillig gruppörsäkring inte kan betalas inom tidsfristen på 14 dagar på grund av att en gruppmedlem har blivit allvarligt sjuk, har frihetsberövats, inte har mottagit

sin lön eller pension från hans eller hennes huvudsakliga arbetsgivare, eller liknande förhinder, kommer uppsägningen att genomföras inte tidigare än två veckor efter det att hindret har upphört, men inte senare än 3 månader efter den ursprungliga 14-dagsperioden.

Om försäkringen har upphört att gälla på grund av utebliven betalning av en förnyelsepremie, kan den återupplivas genom att betala den utestående premien inom 3 månader från det att försäkringen upphörde att gälla. Premien måste betalas för hela försäkringsperioden för vilken betalningen har uteblivit. Försäkringen kommer då att vara gällande igen från den första dagen på försäkringsperioden.

En försäkrad som lämnar gruppen ska omedelbart meddela oss eller grupprepresentanten om detta. Om så inte görs inom rimlig tid kommer vi att återbetala betald premie med som mest 12 månader inom innevarande försäkringsperiod. Bolaget reserverar sig för möjligheten att täcka administrativa kostnader i samband med återbetalning av premie.

Försäkringen berättigar inte till någon premiebefrielse.

## 1.10 Efterskydd

Om en anställd har omfattats av försäkringen i minst 6 månader, gäller ett förlängt försäkringsskydd med 3 månader efter det att den försäkrade har lämnat gruppen. Om en make/maka, registrerad partner eller sambo är medförsäkrad och relationen upphör, upphör den medförsäkrades försäkring att gälla 3 månader efter det att giftermålet /partnerskapet / samboendet upphör.

Efterskydd gäller inte då:

1. om den försäkrade har mottagit eller kan få samma typ av försäkringsskydd som tidigare på ett annat sätt, genom t.ex. en annan gruppförsäkring eller genom fortsättningsförsäkring,
2. när den försäkrade har nått slutåldern som beskrivs i avtalet för gruppförsäkringen. Om den slutliga åldern nås efter anställningsperioden, upphör täckningen efter anställningen att gälla,
3. om den försäkrade har valt att avsluta försäkringen självmant men fortfarande tillhör försäkringsgruppen.

## 1.11 Fortsättningsförsäkring

Om den försäkrade har omfattats av försäkringen i minst 6 månader är den försäkrade berättigad till fortsättningsförsäkring om:

1. försäkringen avslutas till följd av att den försäkrades anställning upphör, eller
2. den försäkrade inte längre tillhör den kategori av personer som ersättes av försäkringskontraktet.

Om den försäkrade har varit täckt av försäkringen i minst 6 månader är även den medförsäkrade berättigad till fortsättningsförsäkring om:

1. den försäkrade dör,



2. giftermål, registrerat partnerskap eller samboskap med den försäkrade upphör, eller
3. den försäkrade når den slutgiltiga åldern för försäkringen innan den medförsäkrade gör det.

Rätten till fortsättningsförsäkring gäller inte då:

1. den försäkrade inte är boende och folkbokförd i Sverige då försäkringen upphör.
2. om den försäkrade har mottagit eller kan få samma typ av försäkringsskydd som tidigare på ett annat sätt, genom t.ex. en annan gruppförsäkring eller genom fortsättningsförsäkring.

Villkoren för fortsättningsförsäkringen kan skilja sig från villkoren och riktlinjer för gruppförsäkringen.

## 1.12 Överföring och pant

Försäkringskontraktet kan inte överföras eller pantsättas om inte annat är förutsatt i gruppavtalet.

## 2 Vem försäkringen gäller för

### 2.1 Den försäkrade

Försäkringen kan omfatta personer eller grupper av personer, som obligatorisk eller frivillig försäkring. Försäkringen omfattar personer som är registrerade och som nämns på försäkringsbeskedet.

### 2.2 Medförsäkrade

Medförsäkrade är den försäkrades make/maka/registrerad partner/ sambo eller barn, som har blivit namngiven i försäkringen som beskrivs på försäkringsbeskedet och/eller gruppavtalet och vilken är skriven på samma adress som den försäkrade.

Det är ett villkor för att teckna gruppförsäkringen för medförsäkrade att den huvudförsäkrade tecknar motsvarande försäkring för egen del.

Make/maka/registrerad partner/ sambo/ barn som inte är skrivna på samma adress som den försäkrade, kan bli medförsäkrade om dennes make/maka/registrerade partner/sambo har tecknat en frivillig försäkring.

### 2.3 Krav

Den försäkrade respektive medförsäkrade måste:

- vara fullt arbetsför\* (personer som inte är fullt arbetsför\* på grund av medicinska anledningar omfattas av försäkringen, men inte de åkommor som är anledningen till nedsättningen av arbetsförmåga),
- ha fyllt 16 år,
- inte ha fyllt 67 år,

- vara bosatt och folkbokförd i Sverige samt vara medlem och fullt täckt av den svenska offentliga sjukvården genom den svenska socialförsäkringen, eller
- ha sin fasta bosättning i Norge (utom Svalbard och Jan Mayen), Finland och Danmark (utom Grönland och Färöarna) och ha rätt att erhålla tjänster som motsvarar offentliga sjukförsäkringsförmåner via offentlig eller privat täckning i bosättningslandet. Undantag framgår av försäkringsbeskedet.

Kraven för att teckna försäkring för barn är att föräldern har tecknat motsvarande försäkring för hans/hennes egen del samt att barnet, för att barnet ska kunna försäkras, är:

- fullt friskt\*,
- har fyllt 1 år
- inte har fyllt 21 år
- är bosatt och folkbokförd i Sverige samt är medlem och fullt täckt av den svenska offentliga sjukvården genom den svenska socialförsäkringen, eller
- har sin fasta bosättning i Norge (utom Svalbard och Jan Mayen), Finland och Danmark (utom Grönland och Färöarna) och har rätt att erhålla tjänster som motsvarar offentliga sjukförsäkringsförmåner via offentlig eller privat täckning i bosättningslandet. Undantag framgår av försäkringsbeskedet.

## 3 Så nyttjar du din försäkring

### 3.1 Så anmäler du en skada

#### 3.1.1 Meddelande om en skada

I händelse av en skada, ska försäkringstagaren och/eller den försäkrade snarast möjligt meddela detta per telefon, mail eller digital kommunikationslösning till hälsoteamet i enlighet med de regler som gäller tillfällena som ersättes av försäkringen enligt försäkringsbeskedet.

Den som gör anspråk på ersättning måste, om vi så kräver det, skicka in medicinsk dokumentation i form av remisser, journaler eller liknande som är viktiga för att avgöra rätten till ersättning. Kostnaderna för den medicinska dokumentation och andra dokument ersätts av oss och måste dokumenteras med originalkvitton.

#### 3.1.2 Inhämtning av information

Rätten att inhämta information från behandlande läkare, sjukhus, andra sjukvårdsinrättningar, arbetsgivare, grupprepresentant, Försäkringskassan eller annan försäkringsinstitution för att värdera den försäkrades rätt till ersättning och riktigheten i dess försäkring, måste ges om den efterfrågas av oss.

#### 3.1.3 Tid för utbetalning av ersättning

Vi betalar ut försäkringsersättning senast 1 månad efter det att rätten till ersättning har påkallats och den sökande har kompletterat det som är nödvändigt. Vi betalar ut ränta i enlighet med svensk lag och andra tillämpliga regler.

## 3.2 Undersökning och behandling måste godkännas på förhand

Försäkringen ersätter undersökningar, behandlingar och ytterligare tjänster som ersättes av försäkringen och som genomförs under försäkringstiden.

Alla anspråk på ersättning måste godkännas på förhand, planeras och bokas genom vårt hälsoteam. Det är därför viktigt att den försäkrade inte påbörjar behandling innan den har godkänts, eftersom detta kan leda till att vi inte ersätter behandling. Detta gäller även om det sker förändringar i behandlingen.

## 3.3 Befintliga åkommor

Om inget annat framgår av försäkringsbeskedet gäller försäkringen inte för någon befintlig åkomma, varmed avses åkomma som har visat symptom, varit journalförd, behandlad eller känd av den försäkrade innan försäkringen började gälla.

En befintlig åkomma kan räknas som en ny försäkringshändelse, och kan därmed även täckas av försäkringen, om den försäkrade under en sammanhängande period av 12 månader innan startdatum har varit helt symptomfri, fri från medicinska behandlingar, aldrig behövt eller mottagit några medicinska råd, aldrig mottagit medicin eller specialdiet relaterat till diagnosen.

## 3.4 Val av behandling och behandlare

Vi samarbetar med ett nätverk av kvalitetssäkrade privata sjukhus och specialister. Den försäkrade måste använda den vårdgivare som utses av vårt hälsoteam. För vissa typer av behandlingar kan dock den försäkrade välja en specialist som inte ingår i vårt nätverk.

Vi godkänner bara behandlingar som använder metoder som ger dokumenterad effekt och som är godkända av de offentliga myndigheterna i Sverige. Det är även ett krav att behandlingen är tillgänglig i Sverige inom den offentliga sjukvården eller genom vårt nätverk av privata vårdgivare.

## 3.5 Undersökning och behandlingsgarantier

Den försäkrade är garanterad en ersättningsberättigad undersökning och /eller behandling inom 7 arbetsdagar, hos en specialist inom den privata eller offentliga sjukvården, efter det att vi har godkänt undersökning/behandling.

För ett försäkringstillfälle som innebär operation eller inläggning, garanterar försäkringen den försäkrade rätt till att få operation inom 20 arbetsdagar.

Om vi behöver mer information, så som remiss från läkare eller annan relevant information, kommer arbetsdagarna att räknas efter det att informationen har mottagits och godkänts.

Om vi inte har möjlighet att fullfölja behandlingsgarantin, kommer ett belopp om 500 kronor per arbetsdag betalas ut till den försäkrade. Kompensationen betalas från den efterföljande dagen efter garantidagen och fram till dess att den försäkrade mottar den garanterade behandlingen, och i samtliga fall är det totala maxbeloppet som betalas ut motsvarande en årspremiekostnad för den försäkrade.

Om behandlingen består av flertalet godkända och planerade sjukhusinläggningar, gäller garantin endast för den första konsultationen. Om en undersökning/behandling måste senareläggas på grund av medicinska anledningar eller om den försäkrade inte accepterar den föreslagna tiden, gäller inte behandlingsgarantin. Behandlingsgarantin gäller bara sjukvård som är tillgänglig inom den privata eller offentliga sjukvården i Sverige.

### **3.6 Årligt maximalt försäkringsskydd**

Det maximala försäkringsskyddet och ersättningsgräns per år kommer att stå i försäkringsbeskedet.

### **3.7 Självrisk**

Om försäkringen tecknats med självrisk kommer detta att stå på försäkringsbeskedet.

### **3.8 Preskription**

Rätten till ersättning eller till ytterligare täckning under denna försäkring upphör om den försäkrade inte väcker talan mot Bolaget inom 10 år efter det att omständigheterna som skulle kunna berättiga den försäkrade ersättning eller täckning, har hänt.

Den försäkrade som har skickat in ett anspråk på ersättning till oss inom den ovan specificerade tidsperioden, har alltid 6 månader på sig att agera mot oss från den dag som vi har lämnat slutligt besked i ersättningsfrågan.

### **3.9 Regressrätt**

Bolaget inträder i den försäkrades rätt till skadestånd i fråga om ersättning från andra i den utsträckning som Bolaget har ersatt enligt försäkringsavtalet.

## **4 Detta ingår i försäkringen**

### **4.1 Patientavgifter och vårdkostnader**

Försäkringen ersätter dina patientavgifter som patient för offentlig vård, inklusive akut vård, upp till högkostnadsskyddet.

I de fall där vi hänvisar dig till en privat klinik eller ett privatsjukhus för behandling, kommer betalningen att ske direkt mellan oss och den privata vårdgivaren. Vi ersätter inte utgifter

som den offentliga vården redan helt eller delvis har täckt. Vi ersätter inte heller utgifter som den offentliga vården har erbjudit sig att stå för.

Godkända anspråk om ersättning begränsas till nödvändiga och rimliga kostnader i regionen där behandlingen är godkänd.

## 4.2 VårdNavigator

Vårt hälsoteam hjälper den försäkrade med medicinsk rådgivning av legitimerade sjuksköterskor via telefon på nummer 08 – 40 00 61 21, DSS Hälsa´s app, per mail eller via hemsidan. Vårt hälsoteam har många års erfarenhet från olika specialiseringar och de erbjuder professionella råd på alla hälsoproblem, inklusive de som inte kräver professionell behandling eller som inte ersättes av försäkringen.

Genom vårt unika VårdNavigator koncept, erbjuder vi även rådgivning om det offentliga sjukvårdssystemets behandlingsmöjligheter, så som patienträttigheter, överklagandeprocess, vägledning om väntetider, hur man på bästa sätt vänder sig till sin lokala vårdcentral, eller hur man drar nytta av rätten till att kunna välja vart man vill söka vård. Alla undersökningar och offentliga alternativ inom primärvården är inkluderade. Vi hjälper även till att se över medicinska journaler och anteckningar från sjukhus och läkare, samt annan hjälp om så behövs.

I det fall en skada endast kan behandlas inom den offentliga vården eller inte ersättes av försäkringen, erbjuder vi den försäkrade rådgivning gällande behandling och vårdplanen inom den offentliga sjukvården.

## 4.3 Kroniska sjukdomar\*

Försäkringen ersätter undersökningar och behandling av kroniska sjukdomar\* och åkommor som uppstår under försäkringstiden under en period av 6 månader från dagen då diagnos fastställs, om vi anser att behandlingen kommer att resultera i en betydande och varaktig förbättring av tillståndet. Kroniska sjukdomar\* och åkommor som har uppstått och/eller diagnostiserats innan försäkringstiden, ersättes inte av försäkringen.

Vi erbjuder hjälp med alla kroniska sjukdomar\* genom rådgivning, vägledning genom det offentliga sjukvårdssystemets erbjudna behandlingar, patienträttigheter, väntetider, undersökning- och behandlingsgarantier samt hjälp med att boka möten inom den offentliga sjukvården.

### 4.3.1 Komplikationer från kroniska sjukdomar\*

Undersökning och behandling av komplikationer som uppstår under försäkringsperioden som en direkt konsekvens av kroniska sjukdomar\*, ersättes i upp till 6 månader från dagen då diagnos fastställs. För att täckning ska ges, är det ett krav att vi anser att behandlingen kommer att bidra till en betydande och varaktig förbättring av tillståndet. Komplikationer som har uppstått innan försäkringen var gällande ersättes inte.

## 4.4 Smärtdiagnoser

Försäkringen ersätter undersökningar och behandling av långvarig smärta på smärtklinik eller huvudvärksklinik. Smärtbehandling på grund av cancer ersättes inte av försäkringen. Vi hjälper till med rådgivning vidare i processen.

## 4.5 Läkare

Försäkringen ersätter nödvändig och rimlig undersökning, behandling/operation av en täckt sjukdom/skada som utförs av en relevant läkare som är utsedd av oss.

Undersökningen kan innehålla bilddiagnostik och tester som är nödvändiga och relevanta för att fastslå en diagnos. En remiss måste utfärdas av en läkare eller licensierad terapeut.

Undersökningen och behandlingen ska primärt utföras av läkare så nära den försäkrades hem i Sverige som möjligt.

Undersökningen/behandlingen/operationen kan utföras av en läkare inom den offentliga sjukvården, av en digital läkare eller av en läkare på en privat klinik eller sjukhus.

### 4.5.1 Hudåkommor

Försäkringen ersätter behandling av hudåkommor som vi anser påverkar den försäkrades hälsotillstånd. Vi hjälper alltid till med rådgivning, vägledning inom den offentliga sjukvården och hjälper till med att boka tider för alla hudåkommor.

Försäkringen kan täcka behandling för hudcancer (basalcellscancer) på ovanstående grunder.

### 4.5.2 Allergidiagnoser

Försäkringen ersätter en undersökning för att avgöra allergidiagnos. Undersökningen sker på remiss av läkare och efter godkännande av oss.

### 4.5.3 Psykiatriker

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga kostnader för behandling av en psykiatriker. För att behandlingen ska täckas krävs det att det finns ett medicinskt behov att motta behandlingen samt att behandlingen försäkrar en progression/förbättring av hälsotillståndet.

## 4.6 Digitala vårdtjänster

Försäkringen ersätter digitala vårdbehandlingar och/eller rådgivning per telefon eller video med en sjuksköterska, fysioterapeut, psykolog eller läkare.

## 4.7 Uppföljningsundersökningar

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga undersökningar inom öppenvården, efter operation som ersättes av försäkringen, i upp till 6 månader från datum för operationen. Undersökningen måste vara ordinerad av en relevant läkare och godkänd av oss.

## 4.8 Medicinsk rehabilitering efter operation/sjukhusvistelse

Försäkringen ersätter medicinsk rehabilitering inom öppenvården genomförd av en fysioterapeut, naprapat och/eller kiropraktor i direkt anslutning till en täckt procedur i det muskuloskeletala systemet\*. Rehabiliteringen måste vara ordinerad av den behandlande medicinska specialisten.

Behandling av fysioterapeut eller användning av en terapeut som har avtal med den offentliga sjukvården kräver en remiss.

Gruppträning som instrueras av en fysioterapeut ersättes om det är en del av en täckt rehabiliteringsplan och är godkänd av oss. Gruppträning ersättes motsvarande belopp den försäkrade patientens del av gruppträningen. För kiropraktisk behandling, ersättes med ett belopp av patientens del motsvarande kostnad för allmän kiropraktik.

### 4.8.1 Medicinsk rehabilitering inom vårt nätverk av privata vårdgivare

Försäkringen ersätter det antal behandlingar per sjukdom/skada som, baserat på en professionell och sjukvårdsrelaterad bedömning, anses nödvändiga och rimliga. Den försäkrade kommer att snabbt erbjudas konsultation på en kvalitetssäkrad klinik och vi kommer att reglera betalningen för behandlingen direkt med terapeuten.

### 4.8.2 Medicinsk rehabilitering utanför vårt nätverk av privata vårdgivare

Försäkringen ersätter ett antal behandlingar av en fysioterapeut eller kiropraktor per sjukdom/skada som, som anses nödvändiga och rimliga, i upp till 3 månader per sjukdom/skada från dagen för genomfört ingrepp.

Behandlingarna godkänns i fördefinierade uppdelningar. Om fler behandlingar behövs måste den försäkrade kontakta vårt hälsoteam som utvärderar och godkänner ytterligare behandlingar.

Vi kan komma att efterfråga en statusrapport eller behandlingsplan från terapeuten.

Betalningen av behandlingen måste göras av den försäkrade. När behandlingen är avslutad, ska en kopia på originalkvitton skickas till oss.

## 4.9 Hemhjälp

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga utgifter för tillfällig hemhjälp i direkt anslutning till en operation som ersättes av försäkringen. Den tillfälliga hemhjälpen eller hemsjukvården måste ordinerar av den behandlande medicinska specialisten och godkännas på förhand av oss.

Tillfällig hjälp för städning, handling, hjälp med personlig hygien och på- samt avklädning ersättes maximalt 7 dagar från dagen för utskrivning från sjukhus/klinik, och maximalt 7 timmar totalt inklusive restid.

## 4.10 Receptbelagda läkemedel

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga utgifter för receptbelagda läkemedel i samband med ett ingrepp eller en behandling som vi ersätter. Medicinen måste föreskrivas av behandlande läkare och vara nödvändig för att den medicinska behandlingen som ska utföras. Utgifter för medicinska kostnader ersättes i upp till 6 månader från det datum de skrivits ut. Vi ersätter receptbelagd medicin som inte är tillgänglig utan recept.

## 4.11 Resekostnader

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga transportkostnader mellan den försäkrades bostad och sjukhus/klinik, offentlig eller privat, när den totala resan överstiger 200 kilometer, tur och retur.

Ersättningen per kilometer, ersätts med ett schablonbelopp i enlighet med Skatteverkets regler för milersättning.

Resekostnader måste på förhand godkännas av oss.

## 4.12 Fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och osteopat

Försäkringen ersätter nödvändiga och rimliga kostnader för behandling av fysioterapeut, naprapat, kiropraktor och osteopat. För att behandlingen ska täckas är det ett krav att det finns ett medicinskt behov att få behandlingen samt att behandlingen innebär en progression/förbättring av åkomman.

Baserat på den medicinska utvärderingen, kommer vi att tilldela den försäkrade relevant behandling. För att försäkra oss om rätt behandling, kommer vi kontinuerligt att utvärdera hur många behandlingar som behövs och huruvida den försäkrade får den korrekta behandlingen.

Om den försäkrade väljer en vårdgivare utan ett avtal med den offentliga sjukvården, ersätter försäkringen ett belopp motsvarande de lokala, sedvanliga taxorna.

## 4.13 Psykolog/psykoterapeut

Försäkringen ersätter nödvändig och rimlig behandling av en licensierad psykolog eller psykoterapeut, om vi anser att det är möjligt att nå en signifikant och varaktig förbättring i hälsotillstånd. För att täckas kan det behövas remiss från en läkare om vi inte bestämmer att en lämplig behandling inom vårt nätverk av vårdgivare är att föredra. Vi kommer kontinuerligt



att utvärdera hur många behandlingar den försäkrade behöver och huruvida behandlingen är lämplig. För att behandlingen ska täckas är det ett krav att det finns ett medicinskt behov att få behandlingen samt att behandlingen innebär en progression/förbättring av åkomman.

Om den försäkrade väljer en psykolog/psykoterapeut utan ett avtal med den offentliga sjukvården, ersätter försäkringen ett belopp motsvarande de lokala, sedvanliga taxorna.

## 4.14 Kristerapi

Försäkringen ersätter kristerapi om vi anser att den försäkrade har upplevt en akut psykologisk kris på grund av något av följande:

1. Om den försäkrade har upplevt en plötslig allvarlig händelse/olycka, där den försäkrade har varit i fara,
2. om den försäkrade har blivit utsatt för rån, överfall, våld eller kidnappning,
3. eldsvåda, explosion eller inbrott i den försäkrades privata hem eller affärsverksamhet (måste rapporteras till polisen),
4. om den försäkrade diagnostiseras med en livshotande sjukdom,
5. dödsfall inom den försäkrades närmaste familj\*
6. om en medlem av den försäkrades närmaste familj diagnostiseras med en livshotande sjukdom, eller
7. om den försäkrade upplever en familjemedlems eller kollegas plötsliga, oväntade död eller plötslig, allvarlig händelse/olycka.

Det är inte ett krav med remiss från en läkare. Vi bedömer om det är kristerapi eller annan behandling som krävs.

Om vi anser att den försäkrade är i behov av kristerapi, kommer vi att hitta en psykolog till den försäkrade i vårt nätverk av vårdgivare. Det efterföljande förloppet/behandlingen kommer att bero på olyckans art och terapeutens professionella bedömning.

Om vi får vetskap om händelsen mer än 48 timmar efter orsaken till krisen, ersättes alltid vanlig psykologbehandling. Debriefing ersättes bara som en del av en godkänd kristerapibehandling.

## 4.15 Samtalsstöd

Rådgivning via telefon gällande frågor kring välbefinnande är tillgängligt för den försäkrade genom vårt kvalitetssäkrade nätverk av psykologer, psykoterapeuter och annan hälsopersonal. Behovet av rådgivning kan uppstå genom olika påverkande orsaker så som privata problem med relationer, livsstil, beroende eller stress, eller arbetsrelaterade problem så som utbrändhet, uppsägning, mobbning och konflikter. Det kan även uppstå behov av professionell coaching när man är chef.

Vår service är tillgänglig vardagar under kontorstid och alla behandlingar kommer att arrangeras av oss. Rådgivning kommer att vara tillgänglig inom två arbetsdagar och vi

ersätter maximalt 5 samtal á 60 minuter per tillfälle. Antalet behandlingar baseras på rådgivarens professionella bedömning.

## 4.16 Dietist

Försäkringen ersätter medicinskt motiverad behandling av en auktoriserad klinisk dietist. Försäkringen ersätter det antal nödvändiga behandlingar som kan anses motiverat av hälsoskäl, upp till maximalt 5 behandlingar per sjukdom/skada och maximalt 5 behandlingar per kalenderår inklusive 1 kostplan per sjukdom/skada. Behandlingarna fördelas i omgångar och hälsoteamet kommer kontinuerligt att utvärdera hur många behandlingar som är nödvändiga.

Behandlingarna ska, enligt våra utvärderingar, leda till en märkbar och bestående förbättring i tillstånd, och efter en medicinsk utvärdering kan vi vägra att täcka behandling av ett återkommande syndrom/problem. Vi utvärderar huruvida den försäkrade behöver en läkarremiss.

Om diabetes, förhöjt kolesterol, hjärt-kärlsjukdom, tarmåkommor, urinsyra, glutenintolerans eller PCO/PCOS diagnosticeras under försäkringstiden, kan en behandlingsomgång täckas under försäkringstiden.

Behandling för undervikt kan täckas om den försäkrades BMI (Body Mass Index) är lägre än 19, och övervikt om BMI är högre än 30.

## 4.17 Förlossning

Försäkringen ersätter behandling av en psykolog, efter remiss från läkare, för postnatal reaktion, förlossningsdepression, och problem som följs av sen abort, som ersätts i de fall där vi anser att behandlingen kan förbättra patientens hälsa permanent. Återfall omfattas inte.

# 5 Tilläggförsäkring

## 5.1 Missbruksbehandling

Försäkringen ersätter en (1) oavbruten period av behandling av antingen alkohol-, drog-, medicin- eller spelberoende till dess att den försäkrade har nått den slutliga åldern för att ha rätten att ingå i gruppavtalet.

Det är ett krav att det finns ett medicinskt behov för att behandlingen ska täckas av försäkringen. Den försäkrade måste därför kontakta Bolagets sjukvårdsteam och följa de procedurer som Bolaget anser nödvändiga för att kunna bedöma den försäkrades situation. Bedömningen kan göras av specialister inom Bolagets nätverk eller av andra passande leverantörer vilka Bolaget föreslår eller godkänner. Behandlingen ses som

ersättningsberättigad då Bolaget har godkänt behandlingsplanen som föreslås av leverantören. Ersättningen innefattar de kostnader som leverantören har haft för att kunna göra en bedömning samt den påföljande behandlingen.

Den försäkrade har rätt att avvisa en (1) föreslagen behandlingsplan oavsett anledning och utan några kostnader eller förlust av rätten till ersättning. Om den försäkrade avvisar ytterligare behandlingsplaner, kommer han eller hon att debiteras eventuella nya bedömningskostnader som kan uppstå i samband med detta. Dessutom, och om annat överenskommit, kommer avbruten pågående behandling att leda till förlust av rätten till ytterligare täckning. Maximal ersättning är 100,000 kr och Bolaget kommer informera den försäkrade om behandlingsplanen är i riskzonen att överstiga den maximala gränsen.

## 6 Detta ingår inte i försäkringen

### 6.1 Medicinska tillstånd och diagnoser

Försäkringen ersätter inte någon undersökning, behandling eller andra utgifter i förbindelse med följande medicinska tillstånd och diagnoser:

1. Brådskande och akuta situationer som kräver snabb assistans och inte kan invänta planerad behandling (dvs. trafikolyckor, personliga olyckor, frakturer, blodproppar, hjärnblödning, hjärtsjukdom och andra diagnoser som vi och/eller den offentliga vården definierar som akut och vilken kräver omedelbar behandling, så som livshotande cancer eller ischemisk hjärtsjukdom) samt cancerbehandlingsplaner. Om den försäkrade behöver akutsjukvård, inklusive ambulans, kontakta akutsjukvården, nödtelefonlinjen 112 eller 1177.
2. Kronisk/permanent sjukdom eller tillstånd som har inträffat, varit symtomatisk, diagnostiserats och/eller är känd av den försäkrade innan försäkringen trädde i kraft. Kroniska sjukdomar\* inkluderar men är inte begränsade till typ 1 och typ 2 diabetes, metaboliska tillstånd, blodåkommor, högt blodtryck (hypertension), ärftligt förhöjt kolesterol, åderförkalkning, alla typer av artrit och degenerativa åkommor (artros), spondylos, bensjukdomar, bindvävssjukdomar, knölar, nedsjunket fotvalv, kronisk smärta, fibromyalgi, Scheuermanns sjukdom, osteoporos, kronisk bronkit, cystisk fibros, migrän, epilepsi, Parkinsons sjukdom, whiplash, multipel skleros, ALS, magsår, återflöde, kronisk tarminflammation, kolon irritabile, glaukom, Ménières sjukdom, kolesteatom, endometriosis, klimakteriet, vaginal atrofi, hormonella störningar och liknande.
3. Medfödda åkommor och åkommor som kan relateras till födsel/fosterstadiet och dess konsekvenser. Detta inkluderar men är inte begränsat till höftdysplasi, missbildningar, höftförskjutning och skolios. Undersökning och behandling av astma, ojämlighet i benlängd (anisomelia) och dyspraxi ersättes inte.
4. Analfissur, anala fistlar och pilonidalcysta.

5. Kosmetiska behandlingar och procedurer och deras konsekvenser, inklusive åkommor som anses vara kosmetiska i dessa villkor, så som vissa hudsjukdomar, bröstförstoring och -förminskning, problem associerade med kosmetiska implantat, ansiktslyft, hängande ögonlock (övre och undre) och gynekomasti. Behandlingar med Botox och Xiapex ersättes inte.
6. Alla typer av vårtor, godartade födelsemärken och fläckar, lipom, acne, eksem, psoriasis, vitiligo, rosacea, hudskador, hudtransplantationer, aktinisk och seborrheisk keratos och liknande hudsjukdomar.
7. Obehag, infektioner och andra effekter av implantat, tatueringar, piercings, proteser och liknande. Komplikationer efter behandling/operation genomförd i det privata eller offentliga sjukvårdssystemet. Byte av proteser och implantat som kan genomföras i det offentliga sjukvårdssystemet.
8. Sexuellt överförbara sjukdomar, HIV/AIDS och dess föregångare och följsjukdomar. Alla former av preventivmedel, inklusive sterilisering, insättning och uttagning av spiral samt konsekvenser av dessa procedurer. Undersökning och behandling av sexuell och erektil dysfunktion.
9. Fertilitet, infertilitet, abort och deras konsekvenser. Detta innefattar även psykologiska konsekvenser,.

För undersökning, kontroll, skanning och liknande i samband med graviditet och förlossning hänvisas patienten till den offentliga vården. Hälsoteamet hjälper till med rådgivning i den fortsatta processen.

10. Sjukdomar hos det ofödda barnet, kolik och kolik-liknande åkommor, samt växtvärk och barninkontinens.
11. ADHD och subtyper, Asperger's och störningar på de autistiska spektra, demens, Tourette's syndrom, ätstörningar och dess konsekvenser.
12. Allvarlig mental sjukdom, t.ex. bipolär sjukdom, personlighetsstörning, schizofreni, psykoser, PTSD och diagnostiserad komplicerad sorg. Behandling av diagnostiserad mentalsjukdom som ersättes av det offentliga sjukvårdens behandlingar. Beteendeförändringsbehandling av psykolog, så som problem med temperament, otrohet, kleptomani, tröstätning och missbruk.
13. Alla typer av fobier, så som flygrädsla, höjdrädsla, rädsla för undersökningar och social fobi. Behandling av tvångssyndrom, ångest till följd av tvångssyndrom och följdåkommor. Återkommande fall av paniksyndrom, ångestattacker och generell ångest ersättes inte.
14. Hjärtarytmi, inklusive radiofrekvensablation (RFA), DC-omvandling och hjärtkirurgi.

15. Sömnproblem, sömnstörning så som sömnapné och behandling för snarkning. Behandling på sömnklinik.
16. Symtom efter missbruk av medicin, alkohol, narkotika eller andra rusmedel såvida man inte tecknat tilläggsförsäkring enligt punkt 5.1.
17. Åderbräck (varicer).
18. Trötthetssyndrom, överkänslighet, stressreaktioner och utbrändhet. Dock kan vissa av dessa åkommor täckas till viss del under 4.18.
19. Hudåkommor som anses kroniska ersättes inte. Dessa är t.ex. godartade födelsemärken och fläckar, acne, eksem och alla typer av vårtor samt skador på huden orsakade av solen. Inga återkommande hudsjukdomar eller återfall ersättes t.ex. någon annanstans på kroppen. Hudcancer ersättes inte om sjukdomen återkommer och kräver ny undersökning och/eller behandling.
20. Organtransplantation och följder av organtransplantation.

## 6.2 Behandlingar och behandlingsformer

Försäkringen ersätter inte utgifter för följande undersökningar, behandlingar eller behandlingsformer:

1. Förebyggande och underhållsundersökning och behandling, vaccination hälsoundersökningar, hälsokontroller och andra förebyggande kontroller.
2. Parterapi, föräldra- och familjesamtal, familjeterapi, coachning, självutveckling eller liknande.
3. Alla typer av tandvårdsbehandling, tandkirurgi och oralkirurgi. Tandreglering.
4. Nedsatt syn och hörsel, inklusive vindögdhet/skelögdhet, samsynsproblem, synkorrigering, glaskroppskirurgi (vitrektomi), glasögon, kontaktlinser och/eller syntest, operation för när- och långsynthet samt strukturella defekter, synkorrigering linser i samband med operation för gråstarr, hörselhöjande behandling, hörapparater och hörselprov.
5. Samråd med en allmänläkare, allmänläkare eller utländska läkare som kan betraktas som allmänläkare.
6. Undersökning och behandlingar som vi anser komplexa och högspecialiserade samt vilka vi anser kan bäst utföras inom den offentliga hälsovården. Detta kan t.ex. vara organ donation och organtransplantation, komplex rekonstruktion, dialysbehandling, könsförändringsoperation, protonbehandling och stamcellsbehandling..

7. Mohs kirurgi eller liknande typer av behandling.
8. Rekreations- och behandlingsvistelser.
9. Utgifter för tillfälliga hjälpmedel relaterat till öppenvårdsrehabilitering ersättes inte. Utgifter för hjälpmedel som kan fås genom den offentliga vården ersättes inte av försäkringen. Ortopediska skor, CPM-maskin och liknande omfattas inte av försäkringen.
10. Neuropsykologkonsultationer.
11. Kostbehandling för prekonceptionell hälsa och vård, amning, post-natal vikt, sportnäring, matallergi, intolerans och liknande tillstånd samt psykologiska störningar, inklusive stress, depression, ätstörningar samt överätning.
12. Hemhjälp och hemsjukvård i de fall där behovet kan hänföras till ålderdom, demens, senilitet eller liknande.
13. Behandling mot övervikt/fetma\* och dess konsekvenser i på annat sätt än nämnt under avsnitt 4.19, inklusive men inte begränsat till gastrisk bypass, överflödig hudkirurgi efter viktninskning, eller psykologisk behandling.
14. Ryggproblematik om den behandlande specialisten inte anser att tillståndet går att bota.

## 6.3 Generella begränsningar

Försäkringen ersätter inte följande utgifter eller skador om de inträffar eller orsakas av följande skäl:

1. Utgifter för medicinska journaler, certifikat, psykologiska och kognitiva tester, medicinska specialistcertifikat, remisser från läkare, läkares rekommendationer, deltagande i möten med kommuner, skolor eller andra när vi inte skriftligen begär det.
2. Tilläggskostnader på grund av behandlingar utanför normal arbetstid ersättes inte av försäkringen (helg, kväll eller liknande tillägg) och ytterligare tjänster så som chockvågs-, laser-, ultraljud- eller massagebehandling eller liknande.
3. Tilläggskostnader för sulor, inlägg, bandage, tejp etc.
4. Skador som inträffar som ett resultat av eller under utövandet av professionell sport\* elitsport (sport på mästerskapsnivå, division 2 eller högre), boxning eller annan kampsport med slag/sparkar, tävling eller träning på sportgymnasium, -högskola eller annan utbildning med sportinriktning.

5. Sjukdom/skada som är direkt eller indirekt självförvållad på grund av berusning, effekterna av narkotika, medicin eller annat berusningsmedel. Självförvållade skador som har orsakats avsiktligt eller genom grov vårdslöshet, t.ex. slagsmål, självmordsförsök, deltagande i kriminella handlingar. Skador som orsakas av bristande efterlevnad av rekommendationer från vården.
6. Skada/sjukdom som orsakas av eller försenas av krig, krigsliknande handlingar och tillstånd, inklusive inbördeskrig, oroligheter, uppror, revolution, terrorism, bakteriologiska och kemiska attacker, kärnattacker, kärnenergi, radioaktiva krafter, strålning från radioaktivt avfall och bränsle, epidemier och pandemier eller sjukdomar som faller in under smittskyddslagen (2004:168).
7. Undersökning/ behandling som inte är medicinskt motiverad eller inte har någon bevisad effekt eller om skadan, sjukdomen eller besväret inte är medicinskt behandlingsbart. Tillväxtfaktor och ornitinbehandling, PRF-behandling, hyaluronisk syra (injektioner) och modiska förändringar. Ingen ersättning ges för experimentella och alternativa behandlingar/behandlare så som naturläkare, hypnotisörer och kroppsterapeuter andra än de som nämns under punkt 4.15.
8. Försäkringen ersätter inte utgifter för undersökning och behandling av sjukdom/skada som inträffar på resa eller vid en utomlandsvistelse. Behandling ersättes endast efter det att den försäkrade återvänder till hans/hennes permanenta bostad och baserat på de allmänna villkoren.
9. Försäkringen betalar inte för uteblivet besök eller sen avbokning med en konsultation med en vårdgivare, oavsett om det gäller läkarvård, behandling eller operation. Bolaget förbehåller sig rätten att återkräva kostnader från den försäkrade då dessa situationer uppstår.
10. Resekostnader ersättes inte för läkare inom psykiatri, kristerapi, hospice och palliativ vård. Utgifter för taxi ersättes inte. Resekostnader för sjukvård utomlands ersättes inte.
11. Privata utgifter under sjukhusvistelse eller liknande.
12. Skador som har uppstått i samband med att den försäkrade har genomfört eller deltagit i kriminella handlingar som enligt svensk lag kan resultera i fängelse.
13. Ersättning från andra håll, t.ex. på grund av särskild lag eller konstitution, internationell konvention, andra försäkringar eller kollektivavtal.
14. Behandlingsgarantin gäller inte om den försäkrade inte kan bli opererad på grund av medicinska orsaker, inte deltar i bokad behandling, nekar bokad tid eller går med på att senarelägga tiden för behandlingen.

15. Vi ansvarar inte för resultatet av några undersökningar eller behandlingar, även om en behandling är ineffektiv eller resulterar i fel. I sådana fall bör krav riktas mot den klinik eller sjukhus som har utfört/utför behandlingen.

## 6.4 Force majeure

Den försäkrade kan inte hävda sina rättigheter i dessa villkor om vi är förhindrade att uppfylla våra skyldigheter på grund av force majeure, så som krig, politiska oroligheter, brottsbekämpning, regeringsåtgärder eller industriella åtgärder, eller andra förhindrande åtgärder över vilka vi inte har någon kontroll och inte kunde ha förhindrat om vi handlade med normal omsorg.

## 7 Om du inte är nöjd

### 7.1 Klagomål som sänds in till Bolagets Försäkringsnämnd

Om den försäkrade inte är nöjd med vårt beslut kring det inskickade anspråket om ersättning, kan ärendet prövas hos vår Försäkringsnämnd. Klagomålet måste göras inom 6 månader från beslutet.

Ansökan och klagomålsprocessen sker utan kostnad för försäkringstagaren och den försäkrade, och ska skickas till:

Klagomålsansvarig  
DSS-Hälsa AB  
Torshamnsgatan 20, 164 40 Kista

Eller  
[klagomal@dss-halsa.se](mailto:klagomal@dss-halsa.se)

### 7.2 Offentliga klagomålsinstanser

Beroende på klagomålets natur kan ersättningsfrågor och försäkringstvister prövas av följande allmänna instanser:

Allmänna reklamationsnämnden (ARN)  
Box 174  
101 23 STOCKHOLM  
Tel: 08-508 860 00  
[www.arn.se](http://www.arn.se)

Personförsäkringsnämnden (PFN)  
Box 24067  
104 50 STOCKHOLM  
Tel: 08-522 787 20  
[www.forsakringsnamnder.se](http://www.forsakringsnamnder.se)



### 7.3 Allmän domstol

Försäkringstvister kan alltid prövas i allmän domstol. Enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) preskriberas rätten att väcka talan tio år efter det att omständigheterna som skulle kunna berättiga den försäkrade till ersättning eller täckning, har inträffat.

### 7.4. Oberoende rådgivning

Om du vill ha oberoende rådgivning i allmänna försäkringsfrågor, kan du kontakta Konsumenternas Försäkringsbyrå:

Konsumenternas Försäkringsbyrå  
Box 24215  
104 51 STOCKHOLM  
Tel: 08-22 58 00  
[www.konsumenternasforsakringsbyra.se](http://www.konsumenternasforsakringsbyra.se)

## Ordlista

### Fullt arbetsför

Med "fullt arbetsför" menas att den försäkrade:

- kan utföra hans eller hennes normala arbete utan några restriktioner,
- inte får eller har rätt att motta förmåner från den svenska socialförsäkringen (Försäkringskassan) eller någon annan försäkring eller mottar bidrag relaterad till sjukdom eller olycka från annan arbetsgivare, eller
- har inte, på grund av hälsorelaterade skäl, speciellt anpassat arbete, lönesubventioner eller motsvarande från svenska eller utländska socialförsäkringar, arbetsgivare eller försäkringar.

Ersättning från Försäkringskassan avser sjuk- eller rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning, sjukpenning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga.

### Fullt frisk

Med fullt frisk menas att barnet är fullt friskt och inte har någon pågående eller planerad undersökning, behandling eller kontroll för konstaterat eller misstänkt hälsobesvär.

### Kronisk sjukdom

Kroniska sjukdomar är sjukdomar, åkommor och tillstånd som våra doktorer anser är bestående och inte kan botas, samt där det inte finns någon botande behandling.

### Närmsta familj

Närmaste familj innebär make/maka, registrerad partner, sambo, egna barn, en make/makas/sambos barn samt adopterade barn.

### Muskuloskeletala systemet

Det muskuloskeletala systemet innebär senor, muskler och leder i rygg, axlar, nacke, knän, armbågar, höfter och handleder.

### Fetma och övervikt

Fetma och övervikt innebär, i dessa försäkringsvillkor, att den försäkrade har ett BMI över 30.

### Professionell sport

Professionell sport innebär utövandet av sport, där den försäkrade får betalning från en sportklubb eller sponsorer på mer än ett gällande prisbasbelopp per år, och där sporten praktiseras som en primär verksamhet.

## Kontaktinformation

DSS-Hälsa AB  
Torshamnsgatan 20  
164 40 Kista  
[www.dss-halsa.se](http://www.dss-halsa.se)  
Organisationsnummer  
Telefonväxel 08 – 40 00 61 21  
E-postadress: [info@dss-halsa.se](mailto:info@dss-halsa.se)

Squarelife Insurance AG  
Landstrasse 33  
9491 Ruggell  
Liechtenstein  
[www.squarelife.eu](http://www.squarelife.eu)  
Organisationsnummer: FL-0002.197.228-9  
Telefonväxel +423 237 15 65  
E-postadress: [info@squarelife.eu](mailto:info@squarelife.eu)