

Produktvillkor Movestic Sjukvårdsförsäkring Optimal

Gäller tillsvidare fr.o.m. 2025-01-01

1. INLEDNING

Dessa villkor gäller för produkten Movestic Sjukvårdsförsäkring Optimal.

1.1 Avtalsform

Försäkringen är en gruppförsäkring.

1.2 Skatteklass

Försäkringen har skatteklass K.

2. FÖRSÄKRINGSAVTALET

2.1 Parter

Försäkringsgivare är Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, organisationsnummer 516407-0384, en filialtill Gjensidige Forsikring ASA, organisationsnummer 995568 217, med huvudkontor och säte i Oslo, Norge. Den svenska filialen har sitt huvudkontor i Stockholm. Distributör av försäkringen är Movestic Livförsäkring AB, Org.nr 516401-6718.

Ovan nämnda parter benämns i det följande gemensamt som "Bolaget".

Försäkringstagare är den som har ingått avtal om försäkring med Gjensidige Forsikring ASA. Försäkrad är den på vars hälsa försäkringen gäller.

Gruppmedlem är den som tillhör den grupp av personer som kan anslutas till gruppförsäkringen, gruppen.

Gruppföreträdare är den som företräder gruppen av försäkrade.

Medförsäkrad är försäkrad gruppmedlems make eller sambo, som i denna egenskap har anslutits till försäkringen enligt bestämmelse i gruppavtalet.

2.2 Allmänt

Dessa försäkringsvillkor gäller tillsvidare för försäkringsavtal som tecknas eller förnyas från och med den 1 januari 2025. Skadefall regleras enligt de villkor som gäller när skadefallet inträffar.

För försäkringsavtalet gäller det som anges i försäkringsbeskedet, dessa villkor, försäkringsavtalslagen och allmän svensk lag i övrigt. Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som lämnas då försäkringen tecknas eller förnyas. Bestämmelse i försäkringsbeskedet har företräde framför bestämmelse i dessa villkor.

2.3 Villkor för anslutning

Försäkringen och, i förekommande fall, separata försäkringsmoment kan tecknas av en arbetsgivare eller organisation för dess anställda eller medlemmar. Arbetsgivaren eller organisationen ska vara hemmahörande med fast adress i Norden.

Försäkringen kan även tecknas genom frivillig ansökan av personer i en öppen grupp som definieras av Bolaget eller genom individuell ansökan enligt gällande riskbedömningsregler.

Grundvillkor för att teckna försäkring är att den som ska försäkras:

- är *fullt arbetsför* enligt nedanstående definition,
- inte har fyllt 66 år,
- är folkbokförd inom Norden, samt
- omfattas av allmän sjukvård genom Nordisk försäkringskassa.

Fullt arbetsför är den som inte till någon del uppbär

sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk/aktivitetsersättning, skadelivränta, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.

Om det framgår av gruppavtalet eller försäkringsdokumentationen, så erbjuds möjlighet att teckna försäkring även för gruppmedlemmens make eller sambo. Villkoren för sådan ansökan framgår av gruppavtalet, försäkringsinformationen, försäkringsbeskedet och ansökningshandlingarna.

2.4 Upplyningsplikt

Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på Bolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för om försäkringen ska meddelas, vidmakthållas, utvidgas eller förnyas.

Försäkringstagaren och den försäkrade är under försäkringstiden skyldig att upplysa Bolaget om sådana förändringar hos försäkrade som kan ha betydelse för försäkringen, exempelvis ändrade arbetsuppgifter, utträde ur gruppen eller bosättning utanför Norden. En försäkringstagare som inser att tidigare lämnad information är oriktig eller ofullständig dig är skyldig att omedelbart rätta uppgifterna.

2.5 När försäkringen börjar gälla

Anslutning till försäkringen sker genom anmälan eller ansökan till Bolaget.

Vid obligatorisk anslutning börjar enskild försäkring gälla dagen efter att gruppavtalet ingicks, eller vid annat avtalat startdatum, för alla befintliga gruppmedlemmar som då har anmälts till försäkringen och uppfyller samtliga anslutningsvillkor. Gruppmedlemmar som tillkom-mer senare ansluts till försäkringen när anmälan ankommer Bolaget, dock tidigast dagen efter inträdet i gruppen, under förutsättning att de då uppfyller samtliga anslutningsvillkor.

Gruppmedlem som inte är fullt arbetsför vid tidpunkten för anmälan om obligatorisk anslutning, kan omfattas av försäkringen först när denne åter har varit fullt arbetsför i minst 14 dagar i följd.

Vid frivillig anslutning börjar enskild försäkring gälla tidigast den dag som ansökan ankommer till Bolaget under förutsättning att alla villkor för anslutning är uppfyllda och att den sökta försäkringen i övrigt kan beviljas.

Om det framgår av gruppavtalet, försäkringsinformationen eller ansökningshandlingarna att försäkringen ska börja gälla när den första premien betalas så börjar försäkringen gälla dagen efter att den första premien betalas.

Gruppförsäkringen gäller för 1 år i taget om inget annat anges i gruppavtalet. Gruppförsäkringen förnyas automatiskt med 1 år i taget till dess att uppsägning sker. Enskild försäkring gäller från och med ikraftträdandet och förnyas årligen när gruppförsäkringen förnyas.

2.6 Premiebetalning

Premien bestäms för ett försäkringsår i taget och beräknas bland annat på grundval av gruppens sammansättning av personer, försäkringens omfattning, skadefallet i gruppen och Bolagets gällande premietariffer.

Premien kan erläggas årsvis, halvårsvis, kvartalsvis eller månadsvis alltefter vad som har avtalats mellan parterna.

Om annat inte bestämts, ska premien betalas månadsvis. Den första premien betalas senast 14 dagar efter att premiefakturan har avsänts.

Fortsatta premiebetalningar betalas i förskott senast på den första dagen i varje premieperiod. Om premieperioden är längre än 1 månad får premien även betalas inom 1 månad efter att premiefakturan avsändes, om detta ger längre tid.

Premien förbrukas under löpande försäkringstid.

2.7 Dröjsmål med premiebetalningen

Om premien inte betalas i rätt tid får försäkringen sägas upp. Uppsägning sker skriftligt med 14 dagars uppsägningstid från avsändandet. Om hela premien betalas under uppsägningstiden fortsätter försäkringen att gälla, i annat fall upphör den.

En försäkring som har upphört på grund av obetald premie kan återupplivas genom att alla obetalda premier betalas inom 3 månader från det att uppsägningen fått verkan. Försäkringen börjar då gälla dagen efter betalningen men gäller inte för någon händelse under perioden som försäkringen var uppsagd eller för senare följder därav.

Försäkringen kan inte återupplivas om dröjsmålet avser den första premiebetalningen.

Vid dröjsmål med premiebetaling har Bolaget rätt att kräva dröjsmålsränta enligt vid var tid gällande lagstiftning därom.

2.8 Ändringar

Premien och försäkringsvillkoren får ändras av Bolaget till varje nytt försäkringsår med ett skriftligt besked som skickas tidigast 6 månader före och senast 1 månad före årsförnyelsen.

Om de grundläggande förutsättningarna för försäkringen ändras, exempelvis genom lag, förordning, myndighetsföreskrift eller annat tvingande påbud, så får försäkringen ändras i motsvarande mån med verkan från och med den premieperiod som infaller närmast efter att 1 månad har förflutit från det att skriftligt besked om ändringen har avsänts.

2.9 Ändrade förhållanden

Försäkringstagaren eller den försäkrade ska anmäla förändringar i den försäkrades yrke, arbetsuppgifter, anställnings- och arbetsförhållanden samt bosättningsförhållanden och annat som kan ha betydelse för försäkringens omfattning och premie.

Om en sådan förändring inte är anmäld vid den första premiebetalningen efter förändringen, kan Bolagets ansvar vara begränsat för händelser som inträffar efter förändringen.

2.10 Överlåtelse

Försäkringsskyddet för en enskild försäkrad kan inte överlätas. Gruppavtalet kan överlätas till den som har övertagit ansvaret för hela gruppen.

2.11 När försäkringen upphör

Försäkringen gäller till och med utgången av avtalstiden eller då gruppavtalet upphör.

Om annat inte följer av gruppavtalet, upphör försäkringen att gälla senast vid utgången av dagen innan den försäkrade uppnår slutåldern, som är 67 år, vilket är försäkringens slutålder. Försäkringen upphör också om den försäkrade avlider eller lämnar den grupp av personer som kan omfattas av försäkringen. Om försäkringen upphör att gälla för gruppmedlemmen, upphör även medförsäkrads försäkringsskydd.

Den försäkrade har när som helst under försäkringstiden rätt att säga upp försäkringen för egen del. Den upphör då att gälla vid utgången av den dag som Bolaget mottar beskedet om uppsägningen eller vid den framtida tidpunkt som anges i uppsägningshandlingen.

Enskild försäkring för medförsäkrad make eller sambo upphör om äktenskapet upplöses eller om samboförhållandet upphör. Om den försäkrade avlider kan medförsäkrad, oavsett att gruppavtalet inte upphört, teckna fortsättningsförsäkring under de förutsättningar som enligt punkt 2.12 gäller för fortsättningsförsäkring i allmänhet.

2.12 Efterskydd och fortsättningsförsäkring

Om inget annat anges i gruppavtalet gäller följande: Om försäkringen upphör på grund av att gruppavtalet sägs upp av Bolaget eller för gruppens räkning eller den försäkrade upphör att tillhöra den försäkringsbara gruppen, kan den försäkrade teckna fortsättningsförsäkring i Bolaget under förutsättning att den försäkrade vid upphörandet hade omfattats av försäkringen i minst 6 månader och inte har fått, eller uppenbarligen kan få, motsvarande försäkring från annat håll.

Ansökan om fortsättningsförsäkring ska göras inom 3 månader från upphörandet. Om inte annat följer av gruppavtalet gäller dessa villkor även för fortsättningsförsäkringen, dock kan premiesättningen vara annorlunda. I en fortsättningsförsäkring ingår inte möjligheten till ytterligare fortsättningsförsäkring.

För medförsäkrad gäller särskilt att denna kan teckna fortsättningsförsäkring om gruppmedlem avlider, om äktenskap, registrerat partnerskap eller samboförhållande med gruppmedlem upphör eller om gruppmedlem uppnår försäkringens slutålder före den medförsäkrade.

Medförsäkrad kan även teckna fortsättningsförsäkring om den försäkrade upphör att tillhöra gruppen, under förutsättning att den försäkrade samtidigt tecknar fortsättningsförsäkring hos Bolaget.

2.13 Efterskydd

Om försäkringen upphör på grund av att den försäkrade lämnar gruppen av annan anledning än att en viss ålder har uppnåtts, gäller försäkringsskyddet i ytterligare 3 månader under förutsättning att den försäkrade hade omfattats av försäkringen i minst 6 månader vid utträdet och inte har fått, eller uppenbarligen kan få, motsvarande försäkring på annat sätt. Efterskyddet upphör därför att gälla, om den försäkrade respektive den medförsäkrade tecknar fortsättningsförsäkring hos Bolaget.

2.14 Begränsning i rätten till fortsättningsförsäkring och efterskydd

Rätten till fortsättningsförsäkring och efterskydd upphör när den försäkrade uppnår slutåldern eller om den försäkrade bosätter sig utomlands och inte längre omfattas av försäkringen enligt reglerna om vistelse utom Norden.

3. FÖRSÄKRINGENS OMFATTNING

3.1 Allmänt

Försäkringens omfattning framgår av försäkringsbeskedet. Försäkringen gäller för försäkringsfall som inträffar under försäkringstiden.

Försäkringen omfattar nödvändiga och skäliga kostnader och tjänster enligt gällande villkor.

Försäkringen ersätter nödvändiga kostnader för vård i syfte att förbättra den försäkrades medicinska tillstånd. Behandling av besvär, där läkare bedömer att åkomsten inte är behandlingsbar och/eller behandlingen inte leder till bättring ersätts inte. Inte heller förebyggande vård omfattas.

Akutsjukvård omfattas inte. I den utsträckning ersättning lämnas från annat håll till följd av lag, författning, konvention, kollektivavtal eller annan försäkring, utgår inte heller ersättning.

Fler diagnoser med medicinska samband räknas som en och samma skada.

Vissa behandlingsformer kan inte erbjudas inom den privata vården i Sverige och ingår därför inte i

försäkringen.

Försäkringen lämnar endast ersättning för kostnader och tjänster som i förväg har godkänts av Försäkringsgivarens Vårdplanering.

3.2 Var försäkringen gäller

Försäkringen gäller för kostnader under förutsättning att dessa utförs av vårdgivare inom ramen för Bolagets vårdgivarnätverk i Sverige.

3.3 Auktoriserade vårdgivare och behandlingar

Läkare, specialister m.fl. som ger behandling måste ha behörighet i det land där de praktiserar sitt yrke. Dessutom ska metoden vara godkänd av de offentliga hälsovårdsmyndigheterna i landet där behandlingen äger rum. Behandlingsmetoder som ännu inte är godkända av de offentliga hälsomyndigheterna men är under vetenskaplig utredning, kan ersättas om de godkänns i förväg av Bolaget

3.4 Godkännande i förväg

Alla kostnader ska godkännas i förväg av Bolaget och all vård måste vara planerad och förmedlad av Bolagets och försäkringens angivna vårdförmedling. Ersättningen begränsas till normala, sedvanliga, skäliga och nödvändiga kostnader i regionen där behandlingen ges.

3.5 Självrisk

Om försäkringen gäller med självrisk så står den försäkrade vid varje skadefall för den självrisk som anges i försäkringsbeskedet. Självrisk skall betalas av den försäkrade, direkt till vårdgivaren, vid varje vårdbesök. Det totala självrisabeloppet anges i försäkringsbeskedet.

3.6 Ansvarstid

Ansvarstiden för varje skadefall löper fram till försäkringens upphörande. Om försäkringen upphör att gälla, upphör ansvarstiden och därmed också rätten till behandling och ersättning.

4. FÖRSÄKRINGENS OMFATTNING - FÖRMÅNER

4.1 Sjukvårdsrådgivning

Försäkringen ger den försäkrade rätt till sjukvårdsrådgivning av legitimerade sjuksköterskor via telefon och e-post. Sjukvårdsrådgivningen bedömer om vårdbehovet omfattas av försäkringen.

4.2 Vårdplanering

Den försäkrade har tillgång till vårdplanering och bokning av privat planerad vård för de vårdbehov som bedöms omfattas av försäkringen.

4.3 Utökad sjukvårdsrådgivning

Försäkringen ger den försäkrade tillgång till rådgivning och planering av vård som inte omfattas av denna försäkring. Kostnad för sådan vård betalas av den försäkrade. Akut sjukvård och rådgivning i samband med smitta och sjukdom som omfattas av smittskyddslagen omfattas inte.

4.4 Specialistvård

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för medicinsk utredning och behandling av specialistläkare som bokats av Bolagets Vårdplanering.

4.5 Operation och sjukhusvård

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för operationsförberedande undersökning, operation och sjukhusvård i samband med operation hos vårdgivare som ingår i Bolagets nätverk eller, om annat sjukhus eller mottagning bedöms vara lämpligare, på den vårdinrättningen.

4.6 Personlig vårdvägledare

Vid operation och vård vid privatsjukhus får den försäkrade stöd av en personlig vårdvägledare som håller regelbunden kontakt med den försäkrade och den behandlande institutionen.

4.7 Efterkontroll

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för efterkontroll efter en genom försäkringen ersättningsbar operation. Efterkontrollen ska utföras av specialistläkare och omfattar även röntgen, ultraljud och annan bildiagnostik. Hälsokontroll och återbesök utan nödvändig medicinsk indikation ersätts inte.

4.8 Eftervård och rehabilitering

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för eftervård och rehabilitering i samband med ersättningsbar operation eller sjukhusvård.

Vården ska ges i direkt anslutning till och/eller av läkare rekommenderad period efter operation/sjukhusvården.

Eftervården och rehabiliteringen ska vara ordinerad av läkare och ska, om det inte av behandlingsskäl är nödvändigt att fortsatt behandling sker på annan plats, i första hand förläggas till eller i närheten av den försäkrades hemort.

4.9 Missbruksavvänjning

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader för behandling av missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel vid högst 2 behandlingstillfällen och upp till en kostnad av 140 000 kr för en enskild försäkrad under hela försäkringstiden.

För att omfattas av förmånen ska behandlingen ske efter remiss från behandlande läkare.

Missbruksavvänjning omfattas inte av fortsättningsförsäkring.

4.10 Fysioterapi, kiropraktor och naprapat

Försäkringen ersätter nödvändiga och skäliga kostnader i samband med diagnostisering och behandling av led- och skelettbesvär som omfattas av försäkringen. Behandlingen ska vara

medicinskt motiverad och leda till en varaktig förbättring. Försäkringen ersätter inte sjukdom/besvär som bedöms vara av bestående karaktär, det vill säga att den försäkrades medicinska tillstånd inte permanent förbättras av behandlingen. All vård och behandling ska vara bokad och godkänd av vårdplaneringen

4.11 Behandling av psykolog och psykoterapeut

Försäkringen ersätter högst 10 besök och behandlingar per skadefall av besvär som omfattas av försäkringen. För att omfattas av förmånen ska besöket eller behandlingen ske efter remiss från behandlande läkare. Behandlingen ska ske i direkt anslutning till och/eller av läkare. Behandlingen ska utföras av legitimerad psykolog eller psykoterapeut.

4.12 E-Vård via Kry

Försäkringen ger den försäkrade rätt till E-vårddygnet runt. Via e-vården kommer du i kontakt med legitimerade läkare och sjuksköterskor via video, direkt i mobilen eller surfplattan.

E-vårdstjänsten är öppen dygnet runt alla dagar under året. Du betalar ingen självrisk och behöver inte kontakta oss innan du använder tjänsten.

Symtom som du kan söka vård för

- Allergi
- Födelsemärken
- Herpesinfektion
- Hudbesvär och hudförändringar
- Håravfall
- Luftvägsinfektion
- Magbesvär
- Nagelbesvär
- Sårbedömning
- Urinvägsinfektion
- Ögoninflammation

4.13 Behandling av dietist

Förmånen omfattar upp till 5 besök och behandlingar per skadefall av besvär som omfattas av försäkringen. För att omfattas av förmånen ska besöket eller behandlingen ske efter remiss från behandlande läkare. Behandlingen ska utföras av dietist.

4.14 Hemhjälp/familjeservice

Efter att den försäkrade genomgått en ersättningsbar operation i slutet vård, kan den försäkrade få hemhjälp eller familjeservice. Hjälpen ska vara nödvändig och skäligen till följd av besvär efter den genomgångna operationen. Hjälpen kan uppgå till 10 timmar och ska utföras av den servicegivare som Bolaget utser.

4.15 Receptbelagda läkemedel

Ersättning kan lämnas för kostnader för receptbelagda läkemedel som är offentligt subventionerade. Ersättning kan lämnas upp till vid var tid gällande högkostnadsskydd. Rätten till ersättning gäller endast i samband med ersättningsbar operation och sjukhusvård enligt punkt 4.5.

4.16 Hjälpmedel

Ersättning kan lämnas för kostnader för tekniska hjälpmedel som legitimerad läkare föreskrivit för sjukdomens eller olycksfallsskadans läkning eller lindring. Ersättning lämnas inte för hjälpmedel som är avsedda för stadigvarande bruk. Ersättningen gäller endast för 1 hjälpmedel av samma slag per skadefall. Ersättning kan lämnas med upp till 1 500 kr för skoinlägg samt upp till 40 000 kr för övriga hjälpmedel.

4.17 Resor och logi

Alla ersättningsberättigade rese- och logikostnader ska alltid godkännas i förväg av Bolaget.

Ersättning kan lämnas för res- och logikostnader i samband med ersättningsbar operation och sjukhusvård enligt punkt 4.5 eller för ersättningsbar och nödvändig medicinsk utredning för att fastställa en diagnos och som är nödvändig inför beslut om medicinsk behandling.

Om den försäkrade ska genomgå en större ersättningsbar operation eller om den försäkrade av medicinska skäl behöver anhörigs stöd, lämnas även ersättning för nära anhörigs rese- och logikostnader. Denna ersättning kan enbart avse en person. Om den försäkrade är under 18 år och ska genomgå en ersättningsbar operation eller skrivs in på sjukhus för annan ersättningsbar medicinsk vård, lämnas ersättning för nära anhörigs rese- och logikostnader.

Ersättning för res- och logikostnader lämnas endast om avståndet mellan hemmet och platsen för behandling överstiger 10 mil.

Logikostnader ersätts med maximalt 1 500 kr per natt. Resor med taxi ersätts enbart om det är medicinskt motiverat och kan styrkas med intyg från behandlande läkare.

4.18 Tandvårdskostnader

Om kroppslig sjukdom eller användning av mediciner har föranlett väsentliga tandskador, kan ersättning lämnas för tandvårdskostnader. Ersättning kan lämnas med upp till 50 000 kr per skadefall. Annan odontologisk behandling ingår inte. Med befintlig åkomma enligt punkt 8.2 avses här även den sjukdom som till följd av medicinintaget föranlett tandskador.

4.19 Självriskeliminering vid skada utomlands

Vid resa utanför Norden kan ersättning för vårdkostnader som uppstått under resans 45 första dagar lämnas. Ersättning kan lämnas upp till den självrisk som gäller för annan försäkring, dock högst med ett belopp om 5 000 kr. Saknas annan försäkring med resemoment, utgår inte någon ersättning. Med annan försäkring avses resemomentet i hemförsäkring, reseförsäkring eller tjänstereseförsäkring.

5. VÅRDGARANTI OCH SECOND OPINION

5.1 Vårdgaranti Operation 14 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till inskrivning på privatsjukhus för operation eller sådan sjukhusvård som omfattas av denna försäkring inom 14 arbetsdagar från det att Bolaget har mottagit fullständig och nödvändig medicinsk dokumentation som utvisar ett sådant behov.

Om vården består av flera planerade behandlingar, gäller vårdgarantin den första inskrivningen. Om en operation eller annan behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller att försäkrad inte accepterar tiden för inskrivning, gäller inte garantin. Garantin gäller den vård som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Sverige.

Om vårdgarantin för inskrivning inte uppfylls, får den försäkrade 1 000 kr per arbetsdag fram till datumet för inskrivning för operation eller annan behandling på privatsjukhus lämnats. Högsta ersättning är ett prisbasbelopp.

5.2 Servicegaranti Specialist 7 dagar

Försäkringen garanterar den försäkrade rätt till en första medicinsk rådgivning av specialist inom 7 arbetsdagar från det att Bolaget har mottagit samtal från den försäkrade där behovet av ett specialistbesök avtalas. Om behandlingen består av flera planerade specialistläkarbesök, gäller servicegarantin det första besöket. Om en behandling måste senareläggas av medicinska skäl eller om den försäkrade inte accepterar föreslagen tid, gäller inte servicegarantin.

Servicegarantin gäller den vård som är möjlig att tillgå inom den privata vårdsektorn i Sverige. Om servicegarantin inte uppfylls, får den försäkrade 1 000 kr per arbetsdag fram till datumet då garantin uppfylls. Högsta ersättning är ett prisbasbelopp.

5.3 Second opinion

Second opinion ger en försäkrad i vissa fall rätt till ytterligare en medicinsk bedömning av en specialist, som godkänns i förväg av Bolaget.

Second opinion gäller om den försäkrade står inför svåra medicinska ställningstaganden avseende vård eller behandling på grund av en allvarlig eller livshotande sjukdom som ersätts av försäkringen, förutsatt att:

- behandlingen kan innebära särskilda risker
- valet har betydelse för framtida livskvalitet, och
- det inte står helt klart vilken behandling som är lämpligast i det aktuella fallet

5.4 Third opinion

Om specialistläkarna efter en second opinion har olika uppfattning om vilken behandling som är mest lämplig för den försäkrade, erbjuds bedömning av en tredje specialistläkare. Efter denna bedömning ersätts inte ytterligare bedömning av skadan.

6. BEGRÄNSNINGAR I OMFATTNINGEN

6.1 Undantagna åkommor och behandlingar

Om inte annat framgår av försäkringsbeskedet och utöver vad som framgår av respektive förmån samt, gäller inte försäkringen för kostnader som avser:

- 6.1.1 Förebyggande vård, hospice eller liknande behandlingar som inte har till syfte att förbättra hälsotillståndet.
- 6.1.2 Akut vård
- 6.1.3 Experimentell vård, alternativ vård och behandling utförd av naturläkare eller homeopat samt behandling med naturmedicinska preparat.
- 6.1.4 Behandling och utredning av snarkning och sömnapné.
- 6.1.5 Behandling och utredning av elöverkänslighet, fibromyalgi, ME eller andra kroniska smärttillstånd.
- 6.1.6 Behandling med immunterapi
- 6.1.7 Behandling och utredning av åderbräck (varicer). Dock kan ersättning lämnas för operation om remiss finns och väntetiden i den allmänna vården överstiger den statliga vårdgarantin.
- 6.1.8 Behandling av besvär, där läkare bedömer att åkommorna inte är behandlingsbara och/eller behandling inte leder till varaktig bättring
- 6.1.9 Medfödda sjukdomar, handikapp eller besvär.
- 6.1.10 Organtransplantationer och behandling i samband med detta, samt följer därav.
- 6.1.11 Behandling av tänder, tandsjukdomar, bettskena, bettfysiologi eller tandskada utöver vad som anges i 4.21
- 6.1.12 Preventivmedel, behandling av komplikationer och kontroller under eller i samband med familjeplanering, graviditet, förlossning, abort eller fertilitetsundersökning och behandling av infertilitet, sterilisering, sexuell dysfunktion och utförande av eller behandling i samband med könsbyte.
- 6.1.13 Vaccination/vaccin, syntest, glasögon och linser, hörselhjälpmedel
- 6.1.14 Operativa ingrepp och laserkirurgi i syfte att korrigera brytningsfel i ögat.
- 6.1.15 Demenssjukdomar och äldreomsorg i form av vård och omsorg som syftar till att tillhandahålla personer boende, hjälpmedel och personlig omvårdnad till följd av besvär hänförliga till ålder.
- 6.1.16 Kosmetiska behandlingar och operationer eller följer därav, såvida dessa inte är en följd av en ersättningsbar sjukdom eller olycksfallsskada som medför behov av rekonstruktiv kirurgi
- 6.1.17 Kontroll, behandling och operationer av fetma eller följsjukdomar som har ett konstaterat medicinskt samband med den försäkrades fetma, samt kontroll och behandling i samband med diet och viktreglering. Med fetma menas att den försäkrade har en BMI på över 30. Dock ersätts besök hos dietist enligt 4.15
- 6.1.18 Uteblivet besök, ett avtalat/bokat besök, behandling eller operation på en mottagning, sjukhus eller klinik där den försäkrade uteblivit eller avbokning sker efter klockan 15:00 vardagen innan besöket. Vid senare avbokning debiteras den försäkrade hela kostnaden.
- 6.1.19 Läkarintyg eller hälsointyg.
- 6.1.20 HIV, veneriska sjukdomar, och sjukdom som omfattas av smittskyddslagen.
- 6.1.21 Behandling och utredning av neuropsykiska störningar, t ex ADHD och autism,

6.2 Befintlig åkomma

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

En befintlig åkomma kan räknas som ett nytt försäkringsfall och därmed omfattas av försäkringen, om den försäkrade varit symptom-, behandlings- och medicineringsfri under en sammanhängande period om mer än 12 månader sedan den befintliga åkommans senast visade symptom, var föremål för behandling, medicinering eller kontroll/ undersökning.

Om försäkringen tecknas utan karens för befintliga åkommor, gäller den inte för sådana åkommor som är remitterade till operation vid anslutningstillfället eller där det finns medicinsk utredning med operation som möjligt utfall

6.3 Framkallande av försäkringsfall

Försäkringen gäller inte skada som orsakats av den försäkrade själv med uppsåt.

Om den försäkrade genom grov oaktsamhet åsamkat sig själv skada, får ersättningen reduceras i den omfattning som är skälig i förhållande till den försäkrades förhållanden och omständigheterna i övrigt. Detsamma gäller om den försäkrade har agerat eller underlåtit att agera trots en insikt om att det innebar en avsevärd risk för skada eller sjukdom.

Dessa begränsningar gäller inte om den försäkrade led av en allvarlig psykisk störning vid skadetillfället.

6.4 Karenstid för psykiska besvär

Om försäkrad inom 6 månader från ikraftträdandet av försäkringen eller sedan sjukvårdsförsäkringen senast återupptogs drabbas av psykisk åkomma (såsom exempelvis depression, ångest, stress, utmattningsrelaterade besvär eller andra psykiska besvär) lämnar försäkringen inte någon ersättning.

6.5 Riskfylld verksamhet

Försäkringen ersätter inte kostnader i samband med försäkringsfall till följd av att den försäkrade utövar något av följande:

- idrott som ger den försäkrade bidrag från sponsorer, lön eller annan inkomst,
- tävlings- eller träningsverksamhet i samband med elitidrott (idrott på mästerskapsnivå, division 2 eller högre),
- tävlings- eller träningsverksamhet vid idrottsgymnasium, högskola eller annan utbildning med idrottsinriktning,
- Utövande av boxning eller annan kampsport t.ex. karate, thaiboxning brasiliansk ju-jitsu eller liknande aktiviteter,
- militär flygning, avancerad flygning eller yrkesmässig provflygning,
- yrkesmässig motorsport,
- bergsklättring eller dykning (avseende större djup än 30 m, ensamdykning, vid avsaknad av ytorganisation eller is-, vrak- eller grottdykning),
- "extrema" sporter, "äventyrssporter" eller deltagande i expedition av "äventyrskaraktär", eller
- särskilt riskfylld verksamhet, såsom stuntman, luftakrobat, livvakt eller liknande.

6.6 Krig eller politiska oroligheter

Skada som uppkommer i samband med deltagande i krig eller politiska oroligheter utanför Sverige omfattas inte av försäkringarna.

Deltagande i internationellt fredsbevarande uppdrag för Sveriges räkning bedöms som vistelse, inte som deltagande i krig eller politiska oroligheter.

För krigstillstånd i Sverige gäller särskilda lagregler för försäkringsersättning och premie.

6.7 Terrorism

Försäkringen gäller inte för skada vars uppkomst eller omfattning har direkt eller indirekt samband med terrorism.

Med terrorism menas en handling utförd av en person eller grupp av personer med intentionen att influera statsmakt eller injaga fruktan hos, delar av eller hela, allmänheten, oavsett om de agerar på egen hand eller för en organisation eller statsmakt, för politiska, religiösa eller ideologiska motiv.

6.8 Atomkärnprocess

Försäkringen gäller inte för skada, som inträffar till följd av atomkärnprocess, till exempel kärnklyvning, kärnsammansmältning eller radioaktivt sönderfall.

6.9 Force majeure

Bolaget ansvarar inte för sådan skada som beror på krig, krigsliknande händelse, inbördeskrig, revolution, uppror, terrorhandling, politiska oroligheter eller liknande händelser.

Bolaget är inte ansvarigt för en skada som beror på arbetsmarknads-konflikt, strejk, blockad, bojkott, lockout eller liknande händelser, även om Bolaget självt vidtar eller är föremål för någon sådan konfliktåtgärd.

Bolaget är inte heller ansvarigt för skada som beror på konfiskation eller nationalisering, lagbud, myndighetsåtgärder, naturkatastrof eller skada på person och/eller egendom genom order från regering eller myndighet, eller någon annan liknande omständighet.

6.10 Kollektiv skadehändelse

Vid kollektiva skadehändelser begränsas ersättningen till högst 10 000 000 kr för alla drabbade försäkrade sammantagna.

Med kollektiv skadehändelse avses en och samma kollektiva sjukdomssmitta eller ett och samma olycksfall som drabbar fler än 10 personer inom 72 timmar.

Försäkringen gäller inte för pandemier, epidemier eller kollektiv sjukdomssmitta där myndigheterna leder insatserna för de drabbade.

6.11 Oriktiga eller ofullständiga uppgifter

Om försäkringstagaren och/eller den försäkrade har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter som har betydelse för bolagets beslut att meddela, vidmakthålla, utvidga eller ändra försäkringen eller i övrigt har påverkat försäkringens innehåll, gäller vad som för sådant fall stadgas i vid var tid gällande lagstiftning.

6.12 Felaktiga och försenade meddelanden

Anspråk på Bolaget kan inte grundas på uppgifter i dokument eller meddelande från Bolaget, om dokumentet eller meddelandet till följd av misstag fått felaktig lydelse, såvida inte Bolaget underlåter att rätta uppgiften efter det att Bolaget fått kännedom om felet.

6.13 Brottslig handling

Förmån gäller inte för händelser som uppstått i samband med att den försäkrade utfört eller medverkat till gärning som enligt svensk lag är straffbelagd.

6.14 Preskription

Den som begär ersättning, ska göra detta snarast möjligt. Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning måste

väcka talan inom tio år från tidpunkten när det förhållande som enligt försäkringsvillkoren berättigar till sådan ersättning inträdde. Annars går rätten till ersättning förlorad. Om ett anspråk har anmälts till försäkringsgivaren, har försäkringstagaren eller annan berättigad alltid rätt att väcka talan inom sex månader från det att försäkringsgivaren meddelat att denne tagit slutlig ställning till anspråket.

7. GSR

Bolaget äger rätt att i ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR) registrera anmälda skador i anledning av denna försäkring.

Personuppgiftsansvarig för GSR är Skadeanmälningsregister (GSR) AB, Box 24171, 104 51 Stockholm.

Se www.gsr.se för mer information om den behandling av uppgifter som förekommer i registret.

8. ÅTGÄRDER VID SKADA

8.1 Anmälan om skada

Vid ett ersättningsberättigat skadefall kan den försäkrade kontakta Försäkringsgivarens vårdplanering alternativt uppsöka offentlig vård.

Anmälan skall göras snarast möjligt.

Det är av försäkringsgivarens utsedd skadereglering/vårdplanering som bedömer om skadan omfattas av försäkringsvillkoret och kan ge rätt till planerad privatvård inom ramen för försäkringens ersättningsregler.

Den försäkrade är skyldig att tillse att Bolaget får de upplysningar och intyg som bedöms nödvändiga för att utreda rätt ersättning, till exempel om det är oklart om skadan inträffat innan försäkringen tecknades.

Om Bolaget begär, ska den försäkrade tillse att bolaget får tillgång till nödvändiga uppgifter, såsom läkarintyg och övriga handlingar som är av betydelse för att fastställa rätt till ersättning. Kostnader för läkarintyg ersätts av Bolaget.

Om den försäkrade motsätter sig ovanstående kan den ersättning som annars skulle ha betalats ut sättas ned efter vad som är rimligt med hänsyn till omständigheterna.

8.2 Inhämtande av upplysningar

Medgivande för Bolaget att för bedömning av försäkrads rätt till ersättning och försäkringarnas giltighet inhämta upplysningar från läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, arbetsgivare, gruppföreträdare, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning ska lämnas om Bolaget begär det.

8.3 Privat vård

Bolagets sjukvårdsservice ska förmedla privat vård.

8.4 Offentlig vård

Ersätts endast i de fall vårdplaneringen har godkänt kostnaden på förhand upp till maximalt ett högkostnadsskydd.

8.2 Tidpunkt för utbetalning av ersättning

Bolaget ska betala försäkringsersättning senast 1 månad efter det att rätten till ersättning inträtt och den som gör anspråk på ersättning fullgjort vad som krävs i avsnittet 8.1 Anmälan om skada. Bolaget ska betala ränta enligt 6 § i räntelagen (1975:635) om betalning inte sker i tid.

9. OM DU INTE ÄR NÖJD

9.1 Omprövning hos Gjensidige

Vi vill ge dig personlig service med snabb skadereglering. Om du inte är nöjd med vårt beslut vill vi att du kontaktar oss. Prata med din handläggare för att reda ut eventuella missförstånd och oklarheter. Om du vill få ditt ärende omprövat ska du i första hand vända dig till din handläggare, genom att skriftligen med angivet

ärendenummer redogöra vad i vårt beslut du anser är felaktigt. Handläggaren går då igenom ditt ärende på nytt och återkommer därefter till dig med ett skriftligt svar. Om du ändå inte är nöjd, ta kontakt med skadereglerarens närmste chef. I andra hand har du möjlighet att få ditt ärende prövat av Gjensidiges Klagomålsansvarig. Klagomålsansvarig fungerar som en fristående part vid omprövning av ärenden. Begäran ska göras senast sex månader från det att du fick ta del av vårt slutgiltiga ställningstagande. Formuläret finner du på Gjensidiges hemsida: www.gjensidige.se

9.2 Movestics klagomålsansvarige

Om du är missnöjd med Movestics bemötande, service eller hantering av frågor som rör din försäkring, bör du i första hand kontakta den ansvarige handläggaren eller dennes chef. Om du efter den kontakten fortfarande är missnöjd kan du vända dig till Movestics klagomålsansvarige. Uppgift om Movestics klagomålsansvarige finns på Movestics hemsida. Det kostar ingenting att anmäla ett klagomål. Klagomål ska anmälas skriftligen.

9.3 Kostnadsfri prövning

Prövningen är kostnadsfri för försäkringstagaren och den försäkrade.

9.4 Kontaktuppgifter

Gjensidige Försäkring, Klagomålsansvarig, formuläret finner du på Gjensidiges hemsida: www.gjensidige.se

Movestic Livförsäkring AB, Klagomålsansvarig, kontaktuppgifter finner du på Movestics hemsida: www.movestic.se

9.5 Allmänna nämnder

Ersättningsfrågor och eventuella försäkringstvister kan prövas av följande allmänna nämnder:

Allmänna Reklamationsnämnden
Box 174
101 23 STOCKHOLM
Tfn: 08-508 860 00
www.arn.se

Personförsäkringsnämnden Box 24067
104 50 STOCKHOLM
Tfn: 08-522 787 20
www.forsakringsnamnder.se

9.6 Anmälan till nämnd

Om frågan avser en medicinsk bedömningsfråga ska ärendet i första hand prövas av Personförsäkringsnämnden. Nämnderna kan avvisa vissa typer av ärenden. Anmälan till Allmänna reklamationsnämnden måste ske inom 6 månader efter att Bolaget har meddelat sitt slutliga beslut i ärendet.

9.7 Allmän domstol

Försäkringstvister kan alltid prövas i allmän domstol med tingsrätt som första instans.

9.8 Oberoende rådgivning

Om du önskar oberoende rådgivning om allmänna försäkringsfrågor kan du kontakta Konsumenternas försäkringsbyrå:

Konsumenternas Försäkringsbyrå Box 24215
104 51 STOCKHOLM
Tfn: 08-22 58 00
www.konsumenternasforsakringsbyra.se

PERSONUPPGIFTER

10.1 Sekretess

All personal hos Bolaget och eventuella samarbetspartners arbetar under sekretess som innebär att dina uppgifter inte obehörigen kommer att röjas för någon utomstående. Vårdgivarna omfattas av sjukvårdens patientsekretess

10.2 Behandling av personuppgifter

Behandling av dina personuppgifter krävs för att kunna ingå och uppfylla de försäkringsavtal vi har med dig. Uppgifterna behandlas vid förnyelse av avtal, vid skadehantering och -reglering samt för att hantera kundrelationen. Vi behandlar också dina personuppgifter vid berättigat intresse från vår sida. Det här gäller vid kunduppföljning och marknadsföring, vid marknads- och kundundersökningar, vid utveckling av nya och befintliga tjänster samt när vi loggar besök på våra webbsidor

Vid klagomålsärenden, regresskrav och juridiska processer behandlar vi dina personuppgifter i syfte att fastställa, göra gällande samt försvara juridiska krav. Vi behandlar också personuppgifter utifrån andra rättsliga förpliktelser som åligger bolaget i enlighet med annan lagstiftning

I de fall behandlingen gäller särskilda kategorier av personuppgifter, såsom hälsouppgifter och uppgifter om medlemskap i fackförening, som krävs för att ingå avtal, kommer vi att be om ditt samtycke till detta

Automatiserade individuella beslut används vid köp av försäkring samt vid skadehantering. I sådana beslut kan personprofilering ingå. För det fall resultatet av automatiserade individuella beslut påverkar dig i betydande grad har du i vissa fall rätt till manuell behandling. I de fall detta blir aktuellt kommer du att få information om det.

Gjensidige kan göra dina personuppgifter tillgängliga för andra, t.ex. internt inom koncernen, för tjänsteleverantörer och samarbetspartners, försäkringsförmedlare, andra försäkringsbolag och till försäkringsbolagens gemensamma register. Det här görs bara i den grad detta är tillåtet enligt gällande lagstiftning och det inte strider mot vår tystnadsplikt. När informationsutlämningsplikt till myndigheter åsidosätter tystnadsplikten kan vi också lämna ut personuppgifter utan ditt samtycke.

Dina personuppgifter behandlas så länge du har en försäkring hos oss. När ett avtal med oss har sagts upp kommer vi att lagra uppgifterna fram till dess att preskriptionstiden för de aktuella produkterna har löpt ut, detta på grund av möjligheten till framtida ersättningskrav som kan hänvisas till avtalsförhållandet.

Dataskyddsförordningen ger dig större kontroll över dina personuppgifter. Det innebär bland annat att du har rätt att be om åtkomst till, korrigerings eller radering av dina personuppgifter. Du har i vissa fall även rätt att protestera mot behandlingen och rätt att kräva att behandlingen begränsas. Du kan motsätta dig behandling av personuppgifter kopplad till direktmarknadsföring, och du kan återkalla ditt samtycke. Du har också rätt att få de personuppgifter du har lämnat om dig själv utlämnade till dig, och du har rätt att klaga hos tillsynsmyndigheter. Du kan utöva dina rättigheter om dataskydd när du loggat in

på Mina sidor hos oss, eller genom att kontakta oss skriftligen via e-post till insyn@gjensidige.se.

Personuppgiftsansvarig är Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, Kungsgatan 47 B, 111 56 Stockholm, Sverige, med org.nr. 516407-0384. Postadress är: Gjensidige Forsikring, Box 3031, 103 61 Stockholm, Sverige.

Du kan också kontakta vårt dataskyddsbud på dataskyddsbudet@gjensidige.se eller per post till: Gjensidige Forsikring, Dataskyddsbudet, Box 3031, 103 61 Stockholm, Sverige.

Vår fullständiga integritetspolicy hittar du på www.gjensidige.se. Du kan också få den skickad till dig per post genom att skicka in en skriftlig begäran till oss på adressen ovan

10. BEGREPPSFÖRKLARINGAR

Akut vård

Med akut vård avses sådan vård som kräver omgående tillsyn av läkare. Det kan också vara vård hos sjukgymnast eller annan vårdgivare och den försäkrade bedöms ha ett omgående vårdbehov som inte kan vänta tills tid finns hos en privat vårdgivare inom ramen för Bolagets vårdgivarnätverk.

Ansvarstid

Ansvarstid avser den tid under vilken försäkringen lämnar ersättning för godkänt skadefall.

Avbokning av vård

Avbokning av vård eller behandling ska göras senast klockan 15.00 vardagen innan besöket. Vid senare avbokning debiteras den försäkrade för hela kostnaden.

Behandlings- och symptomfri

Behandlings- och symptomfri avser att den försäkrade inte behöver vård, medicinering, behandling eller genomgå kontroller på grund av åkomma. Försäkrad som har tid utsatt hos vårdgivare för återbesök eller kontroll till följd av åkomma anses inte i något fall vara behandlings- och symptomfri.

Bilddiagnostik

Bilddiagnostik avser undersökningar som används för att skapa bilder på en känd eller okänd medicinsk indikation. Det inbegriper bland annat tekniker som magnetröntgen, ultraljud, mammografi, angiografi, endoskopi med flera.

BMI

BMI är förkortning för "Body Mass Index". BMI räknas ut genom att dividera en persons vikt i kilogram med personens längd i meter upphöjt till två. Exempelvis är BMI för en man som väger 80 kg och är 1,80 m lång: $80 / (1.80 \times 1.80) = 3.24$ = 24.7.

Familjeservice

Familjeservice innebär hjälp med barntillsyn. Det ingår hjälp med hämtning från skola/förskola/fritids, enklare mellanmål och läxläsning.

Fullt arbetsför

Fullt arbetsför är den som inte till någon del uppbär sjuklön, sjuk- penning, rehabiliteringspenning, sjuk/aktivitetsersättning, skade- livränta, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.

Fysisk sjukdom

Fysisk sjukdom avser sjukdom av somatisk (icke-psykisk) karaktär.

Försäkringsfall

Försäkringsfall avser varje nytt insjuknandetillfälle.

Försäkringstid

Försäkringstid avser den tid som försäkringen är i kraft och gällande.

Gruppavtal

Gruppavtal är det avtal som träffas mellan försäkringsbolaget

och försäkringstagaren eller gruppföreträdaren som innebär att en viss grupp omfattas av försäkring eller erbjuds att teckna försäkring till givna villkor.

Gruppföreträdare

Gruppföreträdare är den som företräder gruppen av försäkrade.

Gruppmedlem

Gruppmedlem är den som tillhör den grupp av personer som kan anslutas till gruppförsäkringen.

Hemhjälp

Hemhjälp innebär hjälp med vardagliga hushållssysslor som t.ex. städning, handling och matlagning.

Medförsäkrad

Medförsäkrad är försäkrad gruppmedlems make, maka, sambo eller barn, som i denna egenskap har anslutits till försäkringen enligt bestämmelse i gruppavtalet.

Norden

Norden avser Sverige, Norge (utom Svalbard), Finland, Island och Danmark (utom Grönland och Färöarna).

Offentlig vård

Offentlig vård avser sådan vård där behandlingskostnaden subventioneras med offentlig medel.

Olycksfallsskada

Olycksfallsskada avser kroppsskada som ofrivilligt drabbat den försäkrade genom plötslig yttre händelse.

Privatvård

Privatvård avser sådan vård som inte finansieras med offentliga medel.

Professionell idrott

Professionell idrott – se 8.5

Sjukdom

Sjukdom avser en sådan försämring av hälsotillståndet som inte är att betrakta som olycksfallsskada enligt definitionen av olycksfallsskada. Med sjukdom avses inte frivilligt orsakad kroppsskada.

Sjukperiod

Sjukperiod avser den tid som den försäkrade är arbetsoförmögen utan avbrott.

Skadefall

Skadefall avser att den försäkrade drabbas av åkomma som ger rätt till ersättning, vård eller rådgivning. Flera skadefall med medicinskt samband räknas som ett skadefall. Sjukdomar som exempelvis influensa och infektioner är nya skadefall vid varje nytt insjuknandetillfälle.

Slutenvård

Slutenvård avser sjukvård som kräver sängplats med en eller flera övernattnings.

Vård

Vård avser medicinsk åtgärd som innefattar utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad.

Åkomma

Åkomma avser bland annat sjukdom, kroppsskada, kroppsfel, smitta, arbetsoförmåga, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning samt andra hälsobesvär.

Äldreomsorg

Avser hjälp åt gamla i syfte att bereda ekonomisk trygghet, goda bostäder och personlig omvårdnad, till exempel hemhjälp, hemsamarit, hemsjukvård samt vård på ålderdomshem eller motsvarande.

Öppenvård

Öppenvård avser sjukvård som inte kräver sängplats med övernattnings.

11. KONTAKTUPPGIFTER

Movestic Livförsäkring AB
Postadress:
Movestic Livförsäkring AB
Box 7853
103 99 Stockholm

Telefonväxel 08-120 39 320
Faxnummer 08-120 39 239
www.movestic.se
Organisationsnummer 516401–6718
Styrelsens säte: Stockholm

Movestic Livförsäkring AB är ett svenskt försäkringsaktiebolag som bedriver livförsäkringsverksamhet med tillstånd av Finansinspektionen.

Gjensidige försäkring

Postadress:
Gjensidige Försäkring
Box 3031
103 61 Stockholm

Telefonväxel 0771-326 326
E-postadress info@gjensidige.se
www.gjensidige.se
Organisationsnummer 516407–0384