

Detta är en icke-bindande svensk översättning. Vi upplyser och understryker att det uteslutande är de engelska försäkringsvillkoren som är bindande och äger giltighet.



Lloyd's Insurance

AVBROTTSFÖRSÄKRING ELITIDROTT

Detta försäkringsavtal är försäkrat av Lloyd's Insurance Company S.A.. Detta Certifikat är utställt av avtalspartnern (Coverholdern) som anges i detta Certifikat i enlighet med den auktorisering som Coverholdern beviljats i Coverholderns utnämningsavtal vars unika marknadsreferensnummer anges i detta Certifikat.

Lloyds Insurance Company S.A. är ett enlig belgisk rätt registrerat aktiebolag (société anonyme/naamloze vennootschap) med säte på Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Brussels, Belgium som finns registrerat vid Banque-Carrefour des Entreprises/Kruispuntbank van Ondernemingen under nr. 682.594.839 RLE (Brussels).

Det är ett försäkringsbolag som står under tillsyn av National Bank of Belgium. Organisationsnummer och andra uppgifter återfinns på www.nbb.be.

Hemsida: www.lloyds.com/brussels

E-mail: enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com

Bank information: Citibank Europe plc Belgium Branch, Boulevard General Jacques 263G, Brussels 1050, Belgium - BE46570135225536.

Innehåll

Table of Contents

1. Definitioner.....	3
2. Viktig information.....	4
3. Ersättning - Vad täcker försäkringen?.....	7
3.1 Temporärt fullständigt avbrott.....	7
3.2 Bestående avbrott.....	8
3.3 Olycksdödsfall.....	9
3.4 Villkor.....	9
4. Begränsningar - Vad täcker inte försäkringen?.....	10
4.1 Allmänna undantag.....	10
4.2 Undantag för terrorism.....	11
4.2 Begränsat Undantag för krig klausul.....	11
5. Process vid anmälan av skador.....	11
6. Om du inte skulle vara nöjd.....	12
7. Skydd av personuppgifter.....	13
8. Sanktioner.....	13
9. Lagval och klagomålsinstruktioner.....	14
10. (Åter)försäkringsgivares ansvarsklausul.....	14

1. Definitioner

De begrepp som visas i fetstil i detta dokument definieras i följande avsnitt:

Balticfinance betyder **försäkringsgivarens** avtalspartner (coverholder) för **din försäkring** vars fullständiga bolagsnamn är **Balticfinance Danmark ApS; Filiale Deutschland**, Werkstraße 12, 24955 HARRISLEE, Germany. **Balticfinance** är auktoriserad att kvotera och binda försäkringar på uppdrag av **försäkringsgivaren**.

Olycka avser en enskild, plötslig, oavsiktlig och oväntad händelse som inträffar vid en identifierbar tid och plats och som resulterar i skada under försäkringsperioden.

Ersättningsperiod avser det maximala antalet på varandra följande dagar som anges i täckningsschemat för vilka temporär avbrottsersättning betalas ut oberoende av antalet olyckor/sjukdomar.

Kroppsskada avser en identifierbar fysisk skada som orsakats av en olycka och som direkt och oberoende av andra orsaker leder till din invaliditet inom tolv månader från det datum olyckan inträffade (förutom om det rör sig om en sjukdom som är ett direkt resultat av skadan eller om medicinsk eller kirurgisk behandling är nödvändig till följd av skadan).

Karenstid (karens, kvalificeringstid) avser antalet på varandra följande dagar som måste löpa ut från det att du först blir skadad/sjuk innan ersättning för temporärt avbrott kan betalas ut. Antalet dagar anges i täckningsschemat.

Försäkrad person avser den/de person(er) som är angivna i täckningsschemat och som omfattas av denna försäkring.

Sjukdom avser en sjukdom vars symptom uppträder under försäkringsperioden och som direkt och oberoende av andra orsaker leder till fullständigt avbrott inom tolv (12) på varandra följande månader efter det att symptomen först uppträder.

Sysselsättning avser den elitidrottsaktivitet som du utför och som utgör din enda inkomstkälla.

Delta/deltagande avser ditt aktiva deltagande i de schemalagda aktiviteter ditt elitidrottslag har, för vilken du enligt avtal är skyldig att spela för och/eller är klädd för, och/eller är tillgänglig för, och/eller är fysiskt förmögen att spela eller träna för oavsett om du i själva verket spelar eller tränar.

Försäkringsperiod avser denna försäkrings giltighetstid som anges i täckningsschemat.

Bestående avbrott avser avbrott som fullständigt och varaktigt hindrar dig från att delta i din idrott i tolv (12) på varandra följande månader och att det inte finns någon chans till förbättring vid slutet av den perioden.

Täckningsschemat (försäkringsbesked ink. faktura) avser de sidor du har erhållit tillsammans med detta dokument som uppger ditt namn, de belopp som är försäkrade, försäkringsperioden, premien och de relevanta avsnitten för denna försäkring.

Temporärt avbrott avser avbrott som fullständigt men tillfälligt hindrar dig från att delta i din idrott så som det uppges i täckningsschemat.

Väntetid avser den kontinuerliga period som anges i täckningsschemat under vilken du måste vara fullständigt invaliderad innan några anspråk gällande bestående avbrott kan bedömas.

Vi / oss / vår – särskilda underwriters vid Lloyd's Insurance Company S.A som har andel i denna försäkring. **Vi** har auktoriserat **Balticfinance** att binda och administrera denna försäkring på uppdrag av **oss**.

Du / din – försäkringstagaren som anges i täckningsschemat. Du är förmånstagare och erhåller ersättningar från denna försäkring, om inget annat skriftligen avtalats eller framgår av täckningsschemat.

Din försäkringsförmedlare – den försäkringsförmedlare eller mäklare som anges i täckningsschemat och som har tecknat denna försäkring åt dig.

2. Viktig information

Detta dokument, **täckningsschemat** och andra bifogade **tillägg** utgör **din** försäkring. Försäkringen fastställer avtalsvillkoren mellan **dig** och **oss**. Vänligen läs hela dokumenten noggrant och förvara det på ett säkert ställe.

Det är viktigt att:

- **du** kontrollerar att informationen som finns i **täckningsschemat** är korrekt och att det motsvarar täckningsomfånget som **du** har ansökt om (se avsnittet nedan "Uppgifter du har lämnat in"),
- **du** meddelar **oss** om eventuella ändringar eller felaktigheter i informationen som finns i **täckningsschemat** (se avsnittet nedan "Meddela oss om ändringar eller felaktigheter"),
- **du** följer anvisningarna (se avsnittet nedan "Saker **du** måste göra") vid en skadeanmälan, att **du** uppfyller **dina** skyldigheter för varje avsnitt nedan och att **du** uppfyller **dina** skyldigheter enligt denna försäkring i sin helhet.

Åsidosättande av skyldigheterna ovan kan påverka **din** försäkring och anspråk **du** gör.

Uppgifter du har lämnat in:

Vi förlitar **oss** på uppgifterna som **du** har lämnat till **oss** när vi bestämmer om vi ska godkänna denna försäkring och när vi fastställer villkoren och premierna. **Du** måste noggrant besvara de frågor **vi** ställer genom att säkerställa att alla uppgifter du ger oss är korrekta och fullständiga.

- Det försäkringsskydd vi tillhandahåller förutsätter att vi mottar och godkänner fullständigt ifyllda ansökningshandlingar och medicinska formulär.
- **Klausul för tidigare existerande medicinska tillstånd/skador kan göras gällande i väntan på fullständigt ifyllda ansökningshandlingar och medicinska formulär under en period på 30 dagar räknat från försäkringens startdatum** eller annat datum som på förhand bestämts av OSS.

För att undvika oklarheter skall anspråk, som uppkommer innan kraven som anges ovan uppfylls, erbjudas fullständig ersättning av oss i enlighet med försäkringens villkor. I det fall kraven som anges ovan förblir ouppfyllda vid den tid/det datum som anges eller som **vi har** bestämt vid tidigare tillfälle, kommer ersättning att ställas in i enlighet med bestämmelserna för uppsägning av försäkring.

Om **vi** fastslår att **du** avsiktligt eller vårdslöst har försett **oss** med felaktiga eller vilseledande uppgifter kommer **vi** att behandla denna försäkring som om den aldrig har existerat och vi kommer att neka alla anspråk. Om **vi** fastslår att **du** vårdslöst har försett **oss** med felaktiga eller vilseledande uppgifter kan det negativt påverka **din** försäkring och dina anspråk.

Vi kan till exempel:

- behandla denna försäkring som om den aldrig har existerat och vägra att ersätta dina anspråk och betala tillbaka den betalda premien. **Vi** gör detta endast om **vi** har försett **dig** med försäkringsskydd som **vi** i annat fall inte skulle ha erbjudit, eller
- ändra villkoren på **din** försäkring. **Vi** kan tillämpa de ändrade villkoren som om de redan gällde tidigare om **din** vårdslöshet negativt har påverkat ett anspråk, eller
- ta ut en större premie för **din** försäkring eller minska ersättningen på ditt anspråk i proportion till premien **du** har betalat eller skulle ha betalat, eller
- säga upp **din** försäkring i enlighet med avsnittet nedan "Uppsägning av försäkring".

Vi eller **din försäkringsförmedlare** kommer att meddela **dig** om **vi**:

- har för avsikt att behandla denna försäkring som om den aldrig har existerat, eller
- behöver ändra villkoren på **din** försäkring, eller
- kräver att **du** betalar mer för **din** försäkring.

Meddela oss om ändringar eller felaktigheter

Om **du** blir medveten om att uppgifterna **du** har gett **oss** är felaktiga eller har ändrats, måste **du** meddela **din försäkringsförmedlare** snarast möjligt.

När **vi** meddelas om att uppgifterna **du** tidigare har gett oss är felaktiga eller har ändrats, kommer **vi** att underrätta **dig** om huruvida det påverkar **din** försäkring. **Vi** kan exempelvis ändra villkoren på **din** försäkring eller kräva en större premie från **dig** för **din** försäkring eller säga upp **din** försäkring i enlighet med avsnittet nedan "Uppsägning av försäkring".

Om **du** misslyckas med att meddela **oss** om att uppgifterna **du** har gett **oss** är felaktiga eller ändrade kan **vi** säga upp denna försäkring, neka att ersätta **ditt** anspråk eller minska ersättningen.

Uppsägning av försäkring

Du kan säga upp denna försäkring vid slutet av varje försäkringsår (365 dagar) med 30 dagars varsel enom att meddela **din försäkringsförmedlare**. Försäkringen upphör att gälla automatiskt på slutdatumet som anges i **täckningsschemat**.

Vi kan säga upp denna försäkring genom att skriftligt ge **dig** 30 dagars varsel. **Vi** kan endast göra detta med giltiga skäl. Exempel på giltiga skäl är följande:

- utebliven betalning av premien,
- en ändring i risk som uppstår och som resulterar i att vi inte längre kan förse dig med försäkringsskydd,
- underlåtenhet att tillhandahålla uppgifter eller dokumentering som vi kräver, eller
- hotfullt eller kränkande beteende eller användning av hotfullt eller kränkande språk

Återbetalning av premie

Denna försäkring har en ångerperiod på 14 dagar från och med:

- det datum **du** mottar denna försäkringsdokumentering, eller
- början på **försäkringsperioden**

beroende på vilken som är den tidsmässigt senare.

Om **du** säger upp denna försäkring inom ångerperioden, förutsatt att **du** inte gjort några anspråk, kommer **vi** att ersätta de premier **du** har betalat.

Om denna försäkring sägs upp utanför ångerperioden, förutsatt att **du** inte gjort några anspråk, kommer **du** att ha rätt till återbetalning av de premier du har betalat, med avdrag för den tid då **du** har omfattats av försäkringen. Beräkningen görs på proportionell basis. Om du till exempel har omfattats av försäkringen under sex (6) månader, kommer ett avdrag göras för hälften av den årliga premien.

Om **du** säger upp denna försäkring utanför ångerperioden kommer det att förekomma ytterligare en avgift, som anges i **täckningsschemat**, för att täcka de administrativa kostnaderna som krävs för att försäkra dig med försäkringsskydd.

Om **vi** ersätter ett anspråk, i sin helhet eller delvis, så kommer ingen premieersättning att godkännas.

3. Ersättning – Vad täcker försäkringen?

Försäkringen täcker endast de fall nedan för vilka belopp finns angivna i täckningsschemat. Det försäkringen inte täcker finns att hitta under rubriken "Vad täcker inte försäkringen?" i **täckningsschemat**.

3.1 Temporärt fullständigt avbrott

Om **du** råkar ut för en **kroppsskada** som orsakats självständigt och uteslutande av en **olycka**, som inträffar under försäkringsperioden och som direkt och oberoende av andra orsaker resulterar i **fullständigt temporärt avbrott** inom 365 dagar från det datum att **olyckan** inträffar, betalar **vi** den dagliga ersättningen som anges i täckningsschemat.

Om **du** drabbas av en **sjukdom** som först framträder under försäkringsperioden och som direkt och oberoende av andra orsaker resulterar i **fullständigt temporärt avbrott** inom 365 dagar från det datum sjukdomen först framträder, betalar **vi** den dagliga ersättningen som anges i täckningsschemat.

Den dagliga ersättningen kommer endast att betalas ut för perioden för **ditt temporära avbrott** men inte för längre än den **maximala ersättningsperioden** som anges i täckningsschemat oberoende av antalet skador/sjukdomar och endast efter överenskommen **karenstid**. Inga ersättningar skall betalas som ett resultat av **ditt** dödsfall och alla ersättningsutbetalningar skall upphöra i samband med **ditt** dödsfall eller sex (6) månader efter slutdatumet i **ditt** senaste kontakt med en professionell idrottsklubb. Om **du** är 31 år eller äldre och **du** inte längre har ett giltigt kontakt med en professionell idrottsklubb, skall alla ersättningar upphöra med omedelbar effekt.

I de fall ersättningar beviljas från andra försäkringsbolag eller institutioner (t.ex. den försäkrades privata sjukförsäkring eller den tyska Verwaltungs-Berufsgenossenschaft) betalar **vi** **inte** ersättning till **dig** i det fall att det resulterar i att den totala ersättningen överstiger din nuvarande nettogrundlön.

Alla utbetalningar gjorda för **temporärt avbrott** ska dras av från alla eventuella utbetalningar för **bestående avbrott eller olycksdödsfall**.

Återhämtning, återkommande och efterföljande invaliditet

Du anses ha återhämtat dig när **du** är med på ditt elitidrottslags aktiva deltagarlista och följer det lagets schema som **du** enligt avtal är skyldig att spela för, och/eller är klädd för, och/eller är tillgänglig för, och/eller om du är fysiskt förmögen att träna eller spela för oavsett om **du** faktiskt spelar eller tränar.

Om **du** återvänder för att spela efter en period av **temporärt avbrott** vars **karenstid** har gått ut och om **du** har rätt till ersättning från denna försäkring, och sen kan **delta** under 60 dagar, så kommer eventuella nya temporära avbrott som börjar därefter vara föremål för en ny **karenstid**.

Om **du** drabbas av ett återkommande avbrott, som tidigare uppfyllt **karenstiden** som anges i **täckningsschemat** och **du** har rätt till ny ersättning enligt denna försäkring, inom perioden av 60 dagar till följd av samma **kroppsskada** eller **sjukdom** som orsakats av en **olycka**, kommer den återkomsten att anses tillhöra tidigare avbrott och blir inte föremål för en ny **karenstid**.

Ingen ersättning betalas ut om **du** fortsätter att få betalning från **ditt** elitidrottslag som **du** enligt avtal är skyldig att spela för, och/eller är klädd för, och/eller är tillgänglig för, och/eller är fysiskt förmögen att träna eller spela för oavsett om **du** faktiskt spelar eller tränar.

Vad avser ett återkommande eller efterföljande avbrott som omfattas av försäkringen, betalar **vi** en daglig ersättning till **dig** för perioden för ditt **temporära avbrott** men som inte överskrider den oförbrukade delen av den **maximala ersättningsperioden**.

3.2 Bestående avbrott

Om **du** råkar ut för en **kroppsskada** som orsakats av en **olycka** som inträffar under **försäkringsperioden** eller drabbas av en **sjukdom** som först framträder under **försäkringsperioden** och som direkt och oberoende av andra orsaker leder till fullständigt avbrott inom 365 dagar från det datum **olyckan** sker eller **sjukdomen** uppstår och det fullständiga avbrottet varar kontinuerligt under hela väntetiden som anges i täckningsschemat, då, om det efter väntetidens utlöpande kan fastställas att det fullständiga avbrottet är **bestående**, så som det definieras i denna försäkring, till direkt följd av en **kroppsskada** eller **sjukdom**, godkänner **vi** att betala **dig** den engångsersättning som anges i **täckningsschemat**.

Inga ersättningar ska betalas till följd av **ditt** dödsfall. Inga anspråk kan göras till följd av **ditt** försvinnande.

Engångsersättningen som anges i täckningsschemat är det maximala beloppet som kan betalas enligt denna försäkring under alla omständigheter.

Återbetalning av förmåner

I det fall **vi** betalar skadeersättning till **dig** enligt denna försäkring för **bestående avbrott** och **du** senare återhämtar dig till den mån att du kan återuppta din sysselsättning som anges i täckningsschemat, godkänner **du** till att genast återbetala alla ersättningar som betalats ut till **dig** tillbaka till **oss**.

3.3 Olycksdödsfall

Utan hinder av någonting som talar emot det är det härmed förstått och godkänt att denna försäkring omfattar en **kroppsskada** som orsakats av en **olycka** under **försäkringsperioden** och som direkt och oberoende av andra anledningar orsakar **den försäkrade personens dödsfall** inom tolv (12) kalendermånader från det datum olyckan inträffade. I sådana fall godkänner **vi** att betala **din** förmånstagare engångsersättningen som anges i **täckningsschemat**.

3.4 Villkor

Villkoren gäller för alla försäkringsskydd denna försäkring tillhandahåller.

1. Om ersättning vid dödsfall inte omfattas av försäkringen och en olycka orsakar den försäkrade personens dödsfall inom tolv (12) månader efter det datum då olyckan inträffade, ska inget anspråk ersättas förutom för temporärt avbrott för giltig tid före dödsfallet.
2. Om ersättning vid dödsfall omfattas av försäkringen och en olycka orsakar den försäkrade personens dödsfall inom tolv (12) månader efter det datum då olyckan inträffade och före fastställandet av ersättningen för bestående avbrott, kommer endast olycksdödsfallet att ersättas.
3. Ersättning för bestående avbrott kommer inte att betalas ut tidigare än tolv (12) månader efter det datum då avbrottet uppkom till följd av kroppsskadan.
4. Om ersättning vid dödsfall omfattas av försäkringen kommer denna ersättning att vara betalbar vid försvinnandet av den försäkrade personen. Vi betalar endast ersättningen om:
 - a) den försäkrade personens kropp inte är hittad inom tolv (12) månader efter försvinnandet och tillräckliga bevis finns som leder till slutsatsen att den försäkrade personen ådragit sig en kroppsskada som lett till personens död, och
 - b) personen eller personerna som mottar ersättningen ska avge en skriftlig försäkran för att återbetala ersättningen till **oss** i fall **den försäkrade personen** hittas vid liv.

4. Begränsningar – Vad täcker inte försäkringen?

4.1 Allmänna undantag

Denna försäkring täcker inte skador som orsakats av eller påverkats av:

1. användning eller hot om användning av patogena eller giftiga biologiska eller kemiska ämnen av person(er) övertygade av politiska, religiösa, ideologiska eller liknande ändamål med intentionen att påverka en regering och/eller skrämma allmänheten eller delar av allmänheten,
2. kärnreaktion, radioaktiv strålning eller kärnenergiolycka,
3. **ditt** deltagande i väpnade styrkors tjänster eller operationer,
4. **ditt** deltagande i flygning av något annat slag än som passagerare,
5. **ditt** självmord eller försök till självmord eller avsiktlig självtillfogad skada,
6. graviditet, barnafödelse, missfall eller abort,
7. könssjukdom eller förvärvat immunbristsyndrom (AIDS), AIDS-relaterat komplex (ARC) eller humant immunbristvirus (HIV), hur dessa än har förvärvats eller benämnas,
8. **din** avsiktliga exponering till extrem fara (bortsett från försök att rädda ett annat människoliv),
9. **din** lagöverträdelse,
10. **din** alkoholberusning eller drogpåverkan,
11. ridning eller körning i alla typer av lopp eller uthållighetstest,
12. neuroser, psyko-neuroser, psykopatier eller psykoser, ångest, stress, trötthet och alla typer av mentala eller känslomässiga sjukdomar eller störningar av olika slag,
13. olycka eller sjukdom, såsom dessa definierats i den här försäkringen, som uppstår till följd av ett redan befintligt tillstånd. Ett befintligt tillstånd som tillämpats här, betyder ett tillstånd för vilket medicinsk rådgivning eller behandling var rekommenderat av eller har getts av en läkare eller annan hälsovårdsgivare när som helst under den föregående trettio (30) månadsperiod räknat från startdagen för den här försäkringen, eller symptom som varit närvarande när som helst **under den föregående trettio (30) månadsperiod startdagen för den här försäkringen**, vars symptom skulle få en person som visar skälig aktsamhet att rådfråga eller söka behandling hos en läkare eller annan hälsovårdsgivare,
14. någon orsak särskilt exkluderad av ett intyg till den här försäkringen.

4.2 Undantag för terrorism

Försäkringen täcker inga anspråk som helt eller delvis är orsakade eller har sitt ursprung i en terrorhandling av något slag. Undantaget gäller även användade, frigörande eller hot om användande eller frigörande, av någon form av kärnvapen, kemiska eller biologiska stridsmedel.

I detta undantag är en terrorhandling en handling som inkluderar men inte begränsas till tvång eller våld, och/eller hot om tvång eller våld, av någon person eller grupp(er) av personer, oavsett om de agerar själva, på uppdrag av eller i kontakt med någon organisation, sammanslutning eller grupp, av politiska, religiösa, ideologiska eller etiska skäl eller syften eller anledningar som inkluderar intentionen att påverka någon regering och/eller allmänheten eller delar av allmänheten genom att skapa skräck.

Om **Vi** hävdar att ett anspråk på grund av detta undantag inte täcks av denna försäkring är det upp till **Dig** och **Den försäkrade personen** att bevisa motsatsen.

4.2 Begränsat Undantag för krig klausul

Oavsett vilka motsatser som återfinns häri, täcker försäkringen inte skador till följd av:

- a) krig, oavsett om det är deklarerat eller inte, mellan något av följande länder; Kina, Frankrike, Storbritannien, Ryssland och USA eller
- b) krig i Europa, oavsett om de är deklarerade eller inte, med undantag för:
 - i) inbördeskrig,
 - ii) eventuella upprätthållande åtgärder av eller på Förenta Nationernas vägnar, där något av de länder som anges i a) ovan eller några väpnade styrkor från dessa, är inblandade.

5. Process vid anmälan av skador

Saker du måste göra

Du måste fullgöra de skyldigheter som anges nedan. Om **vi** fastställer att något anspråk **du** gör vad gäller denna försäkring har påverkats på ett ofördelaktigt sätt av **din** underlåtelse att fullgöra skyldigheterna nedan, kan det resultera i utebliven eller reducerad skadeersättning.

1. Vid en olycka eller sjukdom som orsakar eller kan orsaka en skadeanmälan enligt denna försäkring, måste **du** snarast möjligt:
 - a) söka dig till en kvalificerad läkare, och
 - b) meddela **din** försäkringsförmedlare.
2. **Du** måste ge **oss** eller **vår** medicinska rådgivare ett godkännande som är nödvändigt för att få tillgång till all **din** medicinska historik, anteckningar och korrespondens som rör ämnet för ett anspråk eller redan befintligt medicinskt tillstånd. Den medicinska rådgivaren måste få undersöka **dig** i den omfattning **vi** tycker är nödvändig för att kunna behandla anspråket.
3. **Du** måste ge din **försäkringsförmedlare** alla uppgifter vi anser krävs inklusive en fullständigt ifyllt skadeanmälan.

Om inget annat skriftligen bekräftats av **oss**, kommer ingen ersättning för **temporärt avbrott** (full betalning eller delbetalning) att betalas innan följande punkter och krav har uppfyllts:

- tillräcklig medicinsk dokumentation tillhandahålls för att bevisa **temporärt avbrott**
- det har bekräftats av **oss** att fordran omfattas av **ditt** försäkringsskydd
- minst 28 dagar efter att **karenstiden** har gått eller **du** har återhämtat dig för att återuppta ditt **yrke**
- det totala beloppet för delbetalningen / slutbetalningen har fastställts och överenskommits

Om någon betalning görs för **temporärt avbrott** kommer det utbetalade beloppet att dras av från eventuella engångsutbetalningar för **permanent avbrott** eller **dödsfall** som senare betalas ut för samma **olycka** eller **sjukdom**.

Hur vi behandlar ditt anspråk

När **du** meddelar **din försäkringsförmedlare** om ett anspråk skickar **vi** ett formulär för skadeanmälan till **dig** som **du** är skyldig att fylla i och skicka tillbaka till **oss**. När **ditt** anspråk är godkänt betalar **vi dig** det belopp som anges i det tillämpliga avsnittet i täckningsschemat för ersättningar.

1. Den maximala **ersättningsperioden** vid **temporärt avbrott** motsvarar den **ersättningsperiod** som anges i täckningsschemat som följer efter utgången av **karenstiden**.
2. Det totala beloppet som kan betalas ut från denna försäkring för ett (1) eller flera anspråk kommer sammanlagt inte att överskrida den högsta ersättningen för någon av de avsnitt som anges i **täckningsschemat**.

Bedrägeri

Om du eller någon som agerar för din räkning gör anspråk medveten om att det är felaktigt eller bedrägligt vad avser belopp eller annat, blir denna försäkring ogiltig. Det betyder att vi inte kommer att ersätta det felaktiga eller bedrägliga anspråket eller något efterkommande anspråk.

6. Om du inte skulle vara nöjd

Vårt mål är att säkerställa att alla delar av **din** försäkring behandlas omgående, effektivt och rättvist. Det är **vårt** åtagande att alltid ge **dig** högsta möjliga service. Har du några frågor eller funderingar som avser **din** försäkring eller hantering av anspråk bör du i första hand kontakta:

Balticfiance
Werkstraße 12
24955 Harrislee
Tyskland

Ditt klagomål kommer skyndsamt och skriftligen att bekräftas.

Du kommer försees med ett skriftligt beslut angående **ditt** klagomål inom 8 (åtta) veckor från det datum då klagomålet erhållits.

Skulle **du** fortfarande vara missnöjd med ditt slutliga svar eller om **du** inte har erhållit något slutgiltigt svar inom 8 (åtta) veckor från det datum då klagomålet erhöles, kan **du** vidarereferera ditt klagomål till Financial Ombudsman Service (FOS) i Tyskland. Kontaktuppgifterna är följande:

The Insurance Ombudsman

Insurance Ombudsman / Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Germany
Tel: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
<http://www.versicherungsombudsmann.de/home.html> (German only)

eller

The Federal Institute for Financial Services

Federal Institute for Financial Services / Bundesanstalt für Finanzdienstleistung (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn Germany
Tel: +49 (0)228 29970299
http://www.bafin.de/EN/Consumers/ComplaintsContacts/ComplaintsToBafin/complaintstobafin_node.html

En person eller individ kan när som helst skicka in ett klagomål till BaFin utan att först meddela klagomålet till relevant försäkringsgivare eller Försäkringsombudsmannen.

Om **du** införskaffat **ditt** försäkringsavtal online kan **du** också framföra klagomål via plattformen för EU's online-tvistemål s.k. "online dispute resolution (ODR)". Hemsidan för ODR plattformen är www.ec.europa.eu/odr. De klagomålshandlingar som nämns ovan kan framföras utan att det påverkar **din** rätt att vidta rättsliga åtgärder eller alternativa tvistemålsförfarande i enlighet med **dina** avtalsrättigheter.

7. Skydd av personuppgifter

Alla uppgifter **du** har lämnat till oss kommer att behandlas av **oss** i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen. För att kunna tillhandahålla denna försäkring och hantera anspråk eller klagomål kan **vi** behöva föra vidare vissa uppgifter som **du** har lämnat till **oss**, till andra parter.

8. Sanktioner

Vi kommer **inte** att tillhandahålla några förmåner från denna försäkring vad gäller försäkringsskydd, ersättning av anspråk eller tillhandahålla förmåner om detta skulle bryta mot sanktioner, förbud eller begränsningar som fastställts i lag eller av tillsynsmyndigheter.

9. Lagval och klagomålsinstruktioner

Det är bestämt att denna försäkring regleras uteslutande av Tysklands lagstiftning och praxis och att tvister som uppstår (oavsett om de berör denna försäkring eller inte) ska uteslutande vara föremål för jurisdiktionen av behöriga domstolar i Tyskland.

Lloyd's Insurance Company S.A. godkänner härmed att alla kallelser, meddelanden eller processer som delgivits eller ställts ut och som ska ligga till grund för någon form av rättligt förfarande mot någon i samband med denna försäkring, betraktas som giltiga och därmed skall hanteras på ett korrekt sätt om de adresserat och lämnats till **oss** genom c/o:

Balticfiance
Werkstraße 12
24955 Harrislee
Germany

som i detta fall har befogenhet att godkänna delgivningen och tillhörande service för **vår** räkning.

Genom att ge ovan nämnda befogenhet avsäger **vi oss** inte rätten till särskilda förseningar, tidsfrister eller perioder som **vi** kan ha rätt till, för tjänster avseende sådana kallelser, meddelanden eller processer på grund av **vår** bosättning eller hemort i Belgien.

10. (Åter)försäkringsgivares ansvars klausul

(Åter)försäkringsgivarnas ansvar enskilda, ej gemensamma

En (Åter)försäkringsgivares ansvar under detta försäkringsavtal är enskilda och inte gemensamt med andra med andra (åter)försäkringsgivare i detta avtal. En (åter)försäkringsgivare är endast ansvarig för den proportionella andel av försäkringsansvaret som denne har ingått eller underskrivit. En (åter)försäkringsgivare är inte gemensamt ansvarig för andelar av försäkringsansvar som ingåtts eller underskrivit av någon annan (åter)försäkringsgivare. Inte heller är en (åter)försäkringsgivare ansvarig för någon annan (åter)försäkringsgivares, som kan ha ingått eller underskrivit avtalet, försäkringsansvar.

Andelen av ansvar som enligt denna försäkring ingåtts/underskrivits av en (åter)försäkringsgivare (eller vid fall av Lloyds-syndikat, den totala andel som ingåtts/underskrivits av alla medlemmar av syndikatet tillsammans) anges i direkt anslutning till dess stämpel. Detta alltid förutsatt bestämmelser som rör "underskrift nedan"

Om detta rör ett Lloyds-syndikat, är varje medlem av syndikatet (snarare än syndikat själv) en (åter)försäkringsgivare. Varje medlem har ingått/underskrivit en andel av den totala andelen som visas för syndikatet (där den totala andelen motsvarar den andel som ingåtts/underskrivits av alla syndikatets medlemmar gemensamt). Ansvar för varje medlem av syndikatet är enskilt och inte gemensamt med andra medlemmar. En medlem är endast ansvarig sin egen andel. En medlem är inte gemensamt ansvarig för någon annan medlems andel. Inte heller är någon medlem någonsin ansvarig för någon annan (åter)försäkringsgivares, som kan ha ingått/underskrivit denna avtal, försäkringsansvar.

Andel av ansvar

Ansvar angående försäkringsöverrensommelsen för varje enskild agent/förmedlare är begränsat till pro rata risker utan gemensamt ansvar. Agentens/förmedlarens ansvar är begränsat till den del av den försäkrade risken som agenten/förmedlaren skrivit under på. Agenten/förmedlaren som skrivit under försäkringsavtalet har inget ansvar för någon annan agents/förmedlares risker, på grund utav att denne helt eller delvis inte levt upp till sina åtagande och/eller skyldigheter, oavsett anledningen till detta.

Lagval och klagomålsinstruktioner

Det är bestämt att denna försäkring regleras uteslutande av Tysklands lagstiftning och praxis och att tvister som uppstår (oavsett om de berör denna försäkring eller inte) ska uteslutande vara föremål för jurisdiktionen av behöriga domstolar i Tyskland.

Lloyd's Insurance Company S.A. godkänner härmed att alla kallelser, meddelanden eller processer som delgivits eller ställts ut och som ska ligga till grund för någon form av rättligt förfarande mot någon i samband med denna försäkring, betraktas som giltiga och därmed skall hanteras på ett korrekt sätt om de adresserat och lämnats till oss genom c/o:

Balticfiance
Werkstraße 12
24955 Harrislee
Germany

som i detta fall har befogenhet att godkänna delgivningen och tillhörande service för vår räkning.

Genom att ge ovan nämnda befogenhet avsäger vi oss inte rätten till särskilda förseningar, tidsfrister eller perioder som vi kan ha rätt till, för tjänster avseende sådana kallelser, meddelanden eller processer på grund av vår bosättning eller hemort i Belgien.