

Betingelser Børne- Ungdomspakke Paraplyer 2025

Afsnit 1 – Fælles bestemmelser

1.1. Forsikringen

Forsikringen er oprettet på grundlag af aftaler mellem Det tilsluttede selskab, hvor forsikringstager har tegnet forsikringen, og AP Pension.

Forsikringen består af en samlet forsikringsdækning for børn og unge ved død, Visse Kritiske Sygdomme samt Sygdomsforsikring i:

AP Pension Livsforsikringsaktieselskab
CVR-nr. 18530899
Sundkrogsgade 29
2150 Nordhavn

AP Pension er underlagt offentligt tilsyn.

Dansk ret, herunder forsikringsaftaleloven, gælder for aftalen.

1.2. Aftalegrundlaget

Betingelserne træder i kraft 1. februar 2025.

AP Pension vurderer regelmæssigt, om der er behov for at ændre forsikringsbetingelserne. Ændringer kan skyldes forskellige forhold.

Det kan f.eks., men ikke begrænset til, være pga.

- lovgivning, herunder ændret sociallovgivning der kunne have betydning for risikodækninger,
- skatte- og afgiftsforhold, herunder at indbetalingsmulighederne i forhold til skattelovgivningen ændres,
- markedsmæssige forhold, f.eks. produkters funktionalitet set i forhold til behov og pris og/eller kunders adfærd/behov for forsikringsdækning ændrer sig,
- økonomiske forhold, herunder prisen for en forsikringsdækning ikke længere i tilstrækkelig grad afspejler risiko og/eller omkostninger til et produkt, som kan føre til for eksempel f.eks. produktændringer.

Ændringer udarbejdes af AP Pensions fageksperter. Ændringer godkendes af AP Pensions direktion.

Ændringer i betingelserne kan påvirke alle aspekter af betingelserne, f.eks., men ikke begrænset til, en forsikringsdæknings og/eller pensionsordnings virkemåde, herunder

- indbetalingsforhold, herunder hvorledes indbetaling skal ske,
- præmieforhold, herunder en ændring af præmien baseret på ændringen af forsikringsbetingelserne
- løbetid, herunder at udløb af forsikringsdækninger ændres,
- oplysningspligt mv., herunder hvilke oplysninger, som forsikrede skal afgive,
- dækningsomfang/-grad, herunder hvad der ydes dækning for hhv. hvor meget der ydes dækning for.

Forsikringstager oplyses om skærpende ændringer af betingelserne og forsikringsdækninger med 3 måneders varsel til udgangen af en kalendermåned. Såfremt forsikringstager ikke kan acceptere ændringerne, kan forsikringstager med 1 måneds varsel opsige forsikringen pr. ændringsdagen, således at forsikringsdækningen bortfalder pr. denne dato.

Definitioner:

Forsikringstageren er den, der har indgået forsikringsaftalen med AP Pension. Forsikringstageren kan være forsikredes forældre (herunder adoptivforældre), forsikredes stedforældre samt forsikredes forældres samlever. Samlever skal være en person, der har

fælles bopæl med en af forsikredes forældre på tegningstidspunktet. Forsikringstageren kan også være forsikrede selv, hvis denne er myndig.

Forsikrede er den, der med navn og fødselsdato er anført på forsikringsbeviset.

1.3. Oplysningspligt

Forsikrede bliver optaget i og er omfattet af forsikringen på grundlag af oplysninger, som Det tilsluttede selskab modtager fra forsikrede og forsikringstager.

Oplysningerne vedrører bl.a. forsikredes navn og CPR-nr.

Ved ændring af forsikringen gælder samme regler som ved optagelse i forsikringen.

Hvis oplysningerne er forkerte eller ufuldstændige, kan dækningerne nedsættes eller helt bortfalde. AP Pension kan annullere forsikringen, hvis AP Pension har fået vildledende, ufuldstændige eller forkerte oplysninger efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4-10. Er oplysningerne givet af forsikringstager, en læge eller anden sagkyndig, har det samme virkning, som hvis oplysningerne var givet af forsikrede.

1.4. Forsikringens ikrafttræden

Forsikringen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i anmodningen. Er der ikke anført en ikrafttrædelsesdag, træder forsikringen i kraft den første i måneden efter, at forsikringssøgende har underskrevet anmodningen.

1.5. Præmie

Præmien indbetales ved forfald af forsikringstager til Det tilsluttede selskab, som afregner overfor AP Pension.

Hvis der ikke betales præmie i overensstemmelse med reglerne i forsikringsaftaleloven, følges rykkerproceduren, som fremgår af forsikringsaftalelovens §§ 12-17, herunder også ophør af forsikringen tidligst 14 dage efter betalingsfristen som følge af manglende præmiebetaling.

Det tilsluttede selskab fastsætter præmien for et år ad gangen ud fra vederlag og præmie til AP Pension, egne administrationsomkostninger, grundlag og tariffer, hvor der bl.a. indgår antagelser om rente, risiko og omkostninger.

Hvis grundlagets forudsætninger ændrer sig, eller hvis det er nødvendigt at indarbejde andre antagelser end de nævnte, og AP Pension vurderer, at ændringerne har væsentlig betydning, kan AP Pension ændre grundlag eller tariffer.

AP Pension kan også ændre grundlag eller tarif i forbindelse med ændring af forsikringsbetingelserne.

Forsikringstager oplyses af Det tilsluttede selskab om ændringer af grundlag eller tarif med 3 måneders varsel til udgangen af en kalendermåned.

Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning.

Der sker ingen tilbagebetaling af præmie ved forsikringens ophør eller ved udbetaling midt i en præmieperiode.

Overgår værgemålet over det forsikrede barn til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, skal dette meddeles til Det tilsluttede selskab. Den nye værger kan overtage forsikringen, hvilket tilsvarende skal meddeles selskabet af hensyn til følgerne ved manglende præmiebetaling.

1.6. Pantsætning og anden overdragelse

Forsikringen kan ikke, udover hvad der fremgår i disse forsikringsbetingelser, overdrages, afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning eller retsforfølgning.

1.7. Anmeldelse

Forsikrede, forsikringstager eller andre berettigede skal anmelde krav til Det tilsluttede selskab hurtigst muligt.

Krav mod AP Pension henholdsvis Det tilsluttede selskab forældes efter dansk rets regler om forældelse.

AP Pension foretager skadebehandlingen af alle krav.

1.8. Oplysninger

Forsikrede, forsikringstager eller andre berettigede skal give AP Pension adgang til oplysninger, som efter AP Pensions skøn er nødvendige for, at selskabet kan vurdere retten til udbetaling. Hvis oplysningerne er ufuldstændige, kan udbetaling ikke finde sted.

Det kan blandt andet være nødvendigt, at forsikringstager eller andre berettigede samtykker og medvirker til, at AP Pension indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer mv. Der kan fx være tale om, at AP Pension indhenter oplysninger fra forsikredes egen læge, journaludskrifter fra sygehus, offentlige sagsakter, oplysninger om hvilke udbetalinger og tilskud fra det offentlige, samt hvilke forsikringsydelser forsikrede modtager. mv.

AP Pension kan kræve den information og dokumentation, som selskabet finder relevant for at opfylde gældende lovgivning, herunder lovgivning vedrørende forebyggelse af hvidvask og terrorfinansiering.

AP Pension behandler alle oplysninger efter regler, som findes i lovgivningen. Medarbejderne i AP Pension og hos Det tilsluttede selskab har tavshedspligt om forsikredes forhold, og må kun videregive oplysninger herom, hvis forsikrede eller forsikringstager har godkendt, at der sker videregivelse, eller hvis lovgivningen giver adgang til at videregive oplysninger.

1.9. Skatte- og afgiftsforhold

AP Pension fratrækker skatter og afgifter, herunder boafgift, inden udbetaling. Det sker i henhold til gældende lov.

1.10. Ophør af dækning

Forsikringen ophører

- ved første hovedforfald efter forsikrede fylder 18/28 år, jf. udløbsalderen, som fremgår af forsikringsbeviset, eller
- når forsikringen er opsagt, jf. afsnit 1.11.

Forsikringen ophører tillige med udgangen af forfaldsmåneden, hvis præmien ikke betales, jf. afsnit 1.5.

Hvis forsikringen er tegnet i tilknytning til et andet forsikringsprodukt, ophører forsikringen samtidig med den tilknyttede forsikrings ophør. Dog ophører forsikringen senest ved første hovedforfald efter det fyldte 28. år.

Når dækningen ophører, vil forsikringen ikke have opnået nogen værdi.

1.11. Opsigelse

Det tilsluttede selskab og AP Pension kan opsige aftalerne, som ligger til grund for forsikringen med 1 måneds skriftligt varsel til udgangen af et kalenderår.

Forsikringstager kan opsige forsikringen med 1 måneds skriftligt varsel. Dog bortfalder forsikringsdækningen senest samtidig med bortfald af den tilknyttede forsikring hos Det tilsluttede selskab.

1.12. Klager

Er forsikringstager og AP Pension uenige om, hvordan forsikringsaftalen skal forstås, eller om hvorvidt betingelserne for forsikringsdækninger er opfyldt, og opnås der ikke enighed efter fornyet henvendelse til den relevante afdeling i AP Pension, kan AP Pensions klageansvarlige kontaktes.

Får forsikringstager ikke medhold i sin klage, kan klagen indbringes for Ankenævnet for Forsikring. Ved indgivelse af klage skal forbrugeren betale et gebyr.

Afsnit 2 – Livsforsikring

2.1. Livsforsikring

Dødsfaldssum til børn/unge er oprettet som en livsforsikring uden opsparing, en såkaldt risikoforsikring hvor forsikringssummen alene udbetales ved forsikredes død, så længe denne er omfattet af forsikringen.

Det er uden betydning, om døden skyldes ulykke eller sygdom.

Livsforsikringen dækker hele døgnet og i hele verden.

AP Pension udbetaler forsikringssummen til forsikringstageren. Hvis forsikrede er myndig ved forsikringsbegivenhedens indtræden, udbetaler AP Pension forsikringssummen til forsikredes »nærmeste pårørende« efter reglerne i forsikringsaftaleloven, medmindre andet er skriftligt meddelt Det tilsluttede selskab.

»Nærmeste pårørende« er i prioriteret rækkefølge:

- Ægtefælle eller registreret partner
- Samlever*
- Livsarvinger - børn, børnebørn, mv.
- Arvinger ifølge testamente
- Øvrige arvinger.

* Ved samlever forstås en person, som lever sammen med forsikrede på fælles bopæl, og som

- venter, har eller har haft barn sammen med forsikrede, eller
- har levet sammen med forsikrede i et ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet.

Retten til udbetaling bortfalder, hvis der ikke findes en berettiget ifølge særlig begunstigelsesbestemmelse, forsikringsaftalens begunstigelsesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

2.2. Dækningsbegrænsninger

Forsikringen dækker ikke ved død, som er en følge af:

- Selvmord eller følger efter selvmordsforsøg.
- Psykiske lidelser.
- Misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer.
- Krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse. Ved død uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger mv. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs- og pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden.
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Endvidere dækker forsikringen ikke:

- Dødsfald, der indtræder i forsikringstiden inden, at forsikrede er fyldt 1 år.
- Dødsfald, som skyldes
 - medfødte sygdomme, eller
 - sygdomme, der er indtrådt inden, at forsikrede er fyldt 1 år.

2.3. Udbetaling

Selskabet har mulighed for årligt pr. 1. januar at regulere forsikringssummens størrelse.

Livsforsikringen opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

Udbetaling sker til den berettigedes NemKonto, medmindre den berettigede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet. Selskabet udbetaler forsikringssummen til en konto i et dansk pengeinstitut.

Afsnit 3 – Sygdomsforsikring til børn

3.1. Sygdomsforsikring

Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde.

Sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Dette er ikke altid sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.

Når en sygdom er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5 % udbetales der erstatning. Der skal være tale om varigt mén.

Sygdomsforsikringen dækker hele døgnet og i hele verden.

3.2. Mén

Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til Det tilsluttede selskab.

AP Pension fastsætter méngraden efter samme méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring benytter på skadetidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.

Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, fastsætter AP Pension forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsætter AP Pension méngraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Følgende sygdomme dækker først ved en méngrad på 25%:

- a) Mén som følge af medfødte stofskiftesygdomme ICD E70-E90 (fx Cystisk fibrose, Phenylketonuri).
- b) Mén som følge af Epilepsi ICD G40.
- c) Mén som følge af sygdomme i det centrale nerve- og muskelsystem ICD G11, G12, G60, G71 og G80 (fx CP, muskeldystrofi).
- d) Mén som følge af misdannelser og kromosomafvigelser ICD Q00-Q99 (fx misdannelser af de indre organer).

Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad.

Ved mén skal forstås de fysiske gener efter sygdommen, der ikke forsvinder ved behandling og som forsikrede må leve med resten af livet.

Hvis tilstanden efter en sygdom forværres, efter sygdomstilfældet er anmeldt til Det tilsluttede selskab og inden sygdommens følger er endeligt bestemt, skal forsikrede eller forsikringstager anmelde forværringen til Det tilsluttede selskab hurtigst muligt.

3.3. Forsikringens størrelse

AP Pension har mulighed for årligt pr. 1. januar at regulere forsikringssummens størrelse. Ved en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed udbetaler selskabet på baggrund af den sum, som var gældende ved forsikringsbegivenhedens indtræden.

Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov.

Udbetaling sker til den berettigedes NemKonto, medmindre den berettigede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet. Selskabet udbetaler forsikringssummen til en konto i et dansk pengeinstitut.

Når en forsikringsbegivenhed giver ret til udbetaling i henhold til sygdomsforsikring til børn/unge, kan der ikke senere ske udbetaling på grundlag af samme sygdomstilfælde, selvom méngraden øges.

3.4. Ingen dækning

Dækningen omfatter ikke:

- a) Sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft.
- b) Mén som følge af psykisk sygdom.
- c) Mén som følge af selvmordsforsøg eller sygdom, der er selvpåført forsætligt eller ved grov uagtsomhed. Dette gælder uanset forsikredes sindstilstand ved fremkaldelsen af sådan sygdom.
- d) Følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af den sygdom, der er dækket af forsikringen.
- e) Mén efter sygdom, der er fremkaldt af den forsikrede ved deltagelse i slagsmål, selvforskyldt beruselse, misbrug af alkohol, narkotika og/eller giftstoffer samt kriminelle handlinger.

Sygdomme, der er defineret af nedenstående ICD-koder, dækkes aldrig af forsikringen, ligesom der heller ikke ydes erstatning for følger af disse sygdomme:

- a) Psykiske sygdomme ICD F00-F69 (f.eks. psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).
- b) Neuropsykiatriske forstyrrelser ICD F70-F99 (f.eks. ADHD, autisme, udviklingshæmning).

Senere diagnoser eller ændrede diagnosebetegnelser med de ovenfor angivne ICD-koder er også omfattet af undtagelserne.

Forsikringen dækker ikke ved mén efter sygdom, som er en følge af:

- Krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse. Uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis Forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger mv. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs- og pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden.
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Et mén, der bestod før sygdommen, giver ikke ret til udbetaling. Tilsvarende ydes der ikke erstatning for følger af sygdom, der forværres på grund af anden eksisterende sygdom eller sygelige forandringer eller handicap, der allerede bestod, da sygdommen indtraf.

Et bestående mén kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis et sådant mén ikke havde været til stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at méngraden, uanset forudbestående mén, fastsættes, som om der alene foreligger mén på det senest beskadigede organ.

Dækning kan endvidere bortfalde, hvis forsikrede ikke er under stadig behandling af en læge og følger dennes forskrifter.

3.5. Uenighed om méngraden

Såvel forsikrede og forsikringstager som AP Pension kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af méngraden for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring under hensyntagen til forsikringsbetingelsernes afsnit 3.2 og eventuelle relevante bestemmelser i afsnit 3.4.

Er sagen indbragt af forsikrede og forsikringstager, og ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervssikring méngraden til fordel for forsikrede, refunderer AP Pension forsikrede de omkostninger, som er direkte forbundet med Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings behandling af sagen.

Derudover kan forsikrede og forsikringstager klage til Ankenævnet for Forsikring.

Afsnit 4 - Dækning ved visse kritiske sygdomme

4.1. Dækning ved visse kritiske sygdomme til børn

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under afsnit 4.1. A-R. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede eller forsikringstager får kendskab til diagnosen.

Forsikringssummen udbetales til forsikringstager. Hvis forsikringstager er afgået ved døden inden udbetaling, sker udbetaling til forsikrede i henhold til gældende lov.

Udbetaling sker til den berettigedes NemKonto, medmindre den berettigede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet. Selskabet udbetaler forsikringssummen til en konto i et dansk pengeinstitut.

Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for afsnit 4.1. R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn og unge dækker hele døgnet og i hele verden.

Følgende diagnoser er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn og unge:

A. Visse former for kræft

En ondartet (malign) svulst (tumor), diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst med infiltration af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og andre organer (metastaser).

Desuden dækkes akut leukæmi, kronisk leukæmi i accelereret fase eller blastkrise, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi, non-Hodgkin's lymfomer stadie II-IV, Hodgkin's sygdom stadie II til IV samt Burkitts lymfom (alle stadier).

Herudover dækkes højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS), kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML) type 2 samt behandlingskrævende myelomatose/ solitært myelom. Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (kemoterapi) og/eller allogen knoglemarvstransplantation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Ikke-infiltrerende forstadier til kræft (carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale) i for eksempel livmoderhals, bryst eller testes (uanset valgt behandling).

- Alle former for hudkræft, bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom).
- Blærepapillomer.
- Hodgkin's lymfom stadie I.
- Prostatatumorer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket).
- Tumorer på baggrund af hvilken, der allerede er udbetalt erstatning efter afsnit 4.1. F, og som udvikler sig til en diagnose under afsnit 4.1. A.

B. Hjerterklapfejl med behov for operation

En planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerterklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese eller gennemført perkutan udskiftning eller reparation af aortaklap.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

C. Kronisk hertesvigt med betydelig nedsat funktionsevne

En tilstand med svær kronisk nedsat udslagsfraktion (EF) i venstre ventrikel med svære symptomer og betydelig funktionel begrænsning i hvile eller almindelig gang.

Dækningen forudsætter, at:

- Udslagsfraktionen i venstre ventrikel (LVEF) er nedsat til 35 pct. eller derunder, og at der er symptomer eller funktionel begrænsning i hvile eller ved almindelig gang svarende til NYHA III-IV på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder,
- eller at:
- Der er gennemført indoperation af et avanceret pacemakersystem (cardioverter defibrillator (ICD-enhed), biventrikulær pacemaker (CRT-enhed) eller indsættelse af LVAD).

Diagnosen skal være stillet af en kardiologisk speciallæge eller på en kardiologisk afdeling.

D. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger

En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som enten skyldes;

- en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehalvdele, eller
- en forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) opstået i hjernen pga. en emboli eller trombose, eller
- en cerebral venøs trombose (sinustrombose),

hvor tilfældet har medført blivende følger (vurderet efter 3 måneder) i form af neurologiske udfald svarende til den ved en hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Tilfælde hvor en blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning er omfattet af forsikringsdækningen, hvis der er tilstrækkeligt klare kliniske tegn på en blodprop i hjernen til, at en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen. Der skal samtidig være konstateret blivende neurologiske følger (vurderet tidligst efter 3 måneder) svarende til hjernebeskadigelsen, fx i form af lammelser i ansigtet eller i arme og ben, indskrænkning af synsfeltet, halvsidige føleforstyrrelser eller taleforstyrrelser. Følger i form af kognitive gener eller træthed alene er ikke tilstrækkelige for dækning.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attack (TIA),
- Tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR),
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (fx øjne, øre, hypofyse).

E. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation) med behov for operation

En planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar i form af

- én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer, eller
- arteriovenøse karmisdannelser (inklusive kavernøst angiom), som er påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR-scanning.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Forsikringsdækningen omfatter også tilfælde med operationsindikation, hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

F. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv med aggressivt forløb (behov for operation) og svære blivende følger

Godartede (benigne) svulster (tumorer) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), som efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 pct., vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel.

Forsikringssummen udbetales først når følgetilstanden kan vurderes som rimelig stabil, det vil sige tidligst 3 måneder efter diagnosticering eller operation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er cyster, granulomer, hypofyseadenomer og Acusticus neurinomer (Schwannomer).

Endvidere undtages svulster der er opstået i eller på en eller flere hjerne- eller kranienerver, herunder syns- eller hørenerven.

G. Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved:

- to eller flere (gentagne) veldefinerede episoder af neurologiske udfaldssymptomer, fra forskellige dele af centralnervesystemet, som er efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-scanning, eller
- et attack med klart fremadskridende forløb (Primær Progressiv MS) eller et svært attack, hvor de diagnostiske kriterier for MS eller McDonald er opfyldte.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge.

Undtaget fra forsikringsdækningen er tilfælde med synsnervedudfald (opticusneurit) alene.

H. Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrelia og TBE) medførende svære neurologiske følger

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe eller andre mikrober, som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en ménggrad på 15 pct. eller mere efter

Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings tabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Ved hjerne- eller hjernehindebetændelse skal der være kliniske holdepunkter for diagnosen, og mindst ét af følgende kriterier skal være opfyldt:

- Påvisning af mikrober i spinalvæsken, eller
- Påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose) i spinalvæsken med forhøjet antal hvide blodlegemer, eventuelt suppleret med MR/CT-scanning.

Ved en neuroborreliose skal diagnosen være verificeret ved påvisning af borreliaspecifikke antistoffer (IgM/IgG) i spinalvæske sammenlignet med blod (spinal/serum indeks eller intratekal antistofsyntese).

Ved Tick-Borne-Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af TBE specifikt antistof (IgM/IgG) i blod eller spinalvæske.

I samtlige tilfælde kan de neurologiske følger tidligst vurderes efter 3 måneder og følgerne skal være bekræftet af neurologisk speciallæge.

I. Creutzfeldt-Jacobs sygdom (CJD og vCJD)

En progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner. Diagnosen skal være stillet på relevant sygehusafdeling og vurderes overvejende sandsynlig ud fra:

- Typiske kliniske symptomer med fremadskridende demens, påvirket koordination, nedsat syn, påvirket taleevne, stivhed mv.,
- Forandringer på EEG, MR/CT-scanning, samt
- Laboratorieundersøgelser af spinalvæske (stærkt forhøjet total-tau protein uden ændringer af Alzheimer-markører og prionmarkører (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase mv.)).

J. Muskelsygdomme (muskeldystrofi og myopati) med vedvarende fremadskridende symptomer

En genetisk verificeret og anerkendt arvelig muskelsvindssygdom kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og muskelkraft. Eksempler på disse sygdomme er Duchenne og Becker muskeldystrofi, facioskapulohumeral muskeldystrofi, dystrofia myotonica, limb girdle muskeldystrofi, okulopharyngeal muskeldystrofi, Bethlem myopati, Charcot-Marie-Tooths neuropati eller sjældnere arvelig muskelsvindssygdom, som kan sidestilles med de forannævnte.

Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden.

K. Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation

En tilstand med dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere og med behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

L. Større organtransplantation

Planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjerte-lunge eller hjerte-lunge-lever transplantat, på grund af organsvigt hos forsikrede.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knogle-

marvstransplantation) for andre tilstande end anført under dækning for blodkræft i afsnit 4.1. A.

Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.

M. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

Erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med human immundefekt virus (HIV), erhvervet efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det skal kunne dokumenteres, at Forsikrede er blevet smittet med HIV i forsikringstiden. Diagnosen skal være stillet på en infektionsmedicinsk afdeling og opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

N. HIV-infektion – overført ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

En infektion med HIV som følge af:

- En blodtransfusion eller anden lægelig behandling modtaget efter forsikringstidens begyndelse, forudsat at forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen,
- eller
- En arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes erhverv, foregået efter forsikringstidens begyndelse. Uheldet skal være anmeldt som arbejdsskade, med negativ HIV-test udført indenfor den første uge efter smitte, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder.

O. Tredjegradsforbrænding (Ambustio), ætsning eller forfrysning – der dækker mindst 20 pct. af kroppens overflade

En brandskade (inkl. forfrysninger og ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 pct. af forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaloplysninger fra behandlende brandsårsafdeling.

P. Praktisk blindhed – permanent og irreversibel

Et permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,0166) eller derunder, eller der er kikkertsyn med en synsfeltindskrænkning til under 10 pct.

Diagnosen skal være stillet af en øjenlæge.

Q. Total døvhed – permanent og irreversibel

Et totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, med en høretærskel på 100dB eller derover på alle frekvenser.

Diagnosen skal være stillet af en ørelæge.

R. Terminal sygdom – alle diagnoser, der ikke er omfattet af A-Q, hvor levetiden er højst 12 måneder

Ved terminal sygdom forstås en fremskreden eller hurtigt udviklende uhelbredelig sygdom, hvor forventet restlevetid trods lægelig behandling maksimalt er 12 måneder. De 12 måneder regnes fra diagnosedatoen.

Det er en betingelse, at der foreligger lægefaglig dokumentation for, at ovenstående betingelser er opfyldt.

Dokumentation skal være fra en relevant, dansk specialafdeling eller fra en relevant speciallæge, der har opnået speciallægeanerkendelse fra de danske sundhedsmyndigheder, og som ikke alene er speciallæge i almen medicin.

Der kan alene ske udbetaling, når alle lægelige anvisninger i relation til den dækningsberettigede sygdom er blevet fulgt.

Forsikringen dækker ikke tilfælde, der direkte eller indirekte skyldes:

- en sygdom, som forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende),
- en sygdom, der har medført eller medfører udbetaling efter en af diagnoserne i afsnit 4.1. A-Q eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf,
- et ulykkestilfælde, hvorved forstås legemsbeskadigelse, som rammer den forsikrede ufrivilligt gennem pludselig udefrakommende hændelse,
- infektioner eller epidemier.

4.2. Begrænsninger i forsikringsdækningen

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

1. Ved sygdom, der viser symptomer eller diagnosticeres, før forsikringen er trådt i kraft.
2. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i afsnit 4.1. A-R. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i afsnit 4.1. A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter afsnit 4.1. A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 7 år, siden behandlingen af den første sygdom er afsluttet (omfatter ikke kontrolundersøgelser), og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.
3. Ved diagnoser som beskrevet i afsnit 4.1. B og C, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i afsnit 4.1. B eller C.
4. Ved diagnoser som beskrevet i afsnit 4.1. H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i afsnit 4.1. H eller I.
5. Mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i afsnit 4.1. A-R. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter afsnit 4.1. A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter afsnit 4.1. A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 7 år, siden behandlingen af den første sygdom er afsluttet (omfatter ikke kontrolundersøgelser), og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.
6. Hvis forsikrede får stillet en ny diagnose mindre end 6 måneder efter, at forsikrede har fået stillet en diagnose som har givet ret til udbetaling efter afsnit 4.1. A-R.
7. Ved kritisk sygdom, der er en følge af misbrug af medicin eller indtagelse af medicin, der ikke er lægeordineret, eller som er en følge af misbrug af alkohol, euforiserende stoffer og lignende giftstoffer.
8. Ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område.
9. Hvis forsikrede eller forsikringstager ikke har anmeldt kritisk sygdom inden forsikredes død.
10. Ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i afsnit 4.1. B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før forsikrede er fyldt 1 år.

Afsnit 5 - Fortrydelsesret

Du kan fortryde den indgåede aftale efter forsikringsaftalelovens § 34 i.

Fortrydelsesfrist

Fortrydelsesfristen er 30 dage. Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag, du har fået meddelelse om aftalens indgåelse. Fortrydelsesfristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, du på skrift (fx på papir, e-mail eller andet varigt medium) har fået nærværende oplysning om fortrydelsesretten.

Hvis du fx har fået underretning om aftalens indgåelse mandag den 1. – i en måned med 31 dage – og også har fået oplysning om fortrydelsesretten, har du frist til og med onsdag den 31.

Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente til den følgende hverdag.

Sådan fortryder du

Inden fortrydelsesfristens udløb skal du underrette Det tilsluttede selskab om, at du har fortrudt aftalen. Hvis du vil give denne underretning skriftligt – fx pr. brev eller e-mail – skal du blot sende underretningen inden fristens udløb. Hvis du vil sikre dig bevis for, at du har fortrudt rettidigt, kan du fx sende brevet anbefalet og opbevare postkvitteringen.

Underretning om, at du har fortrudt aftalen, skal gives til Det tilsluttede selskab, hvor du har oprettet forsikringen.