

Betingelser Visse Kritiske Sygdomme Paraplyer 2025

Afsnit 1 – Fælles bestemmelser

1.1. Forsikringen

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme er oprettet på grundlag af aftale mellem Det tilsluttede selskab og AP Pension.

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme består af forsikringsdækning oprettet som syge- og ulykkesforsikring i:

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

Selskabet er underlagt offentligt tilsyn.

Dansk ret, herunder forsikringsaftaleloven, gælder for aftalen.

1.2. Aftalegrundlaget

Betingelserne træder i kraft den 1. februar 2025.

For Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme gælder, at forsikringsdækningen omfatter diagnoser, der stilles i forsikringstiden, det vil sige i perioden fra forsikringens ikrafttrædelse og indtil forsikringens ophør – uanset årsagen til ophøret.

For diagnoser stillet før disse forsikringsbetingelsers ikrafttrædelsestidspunkt gælder de forsikringsbetingelser, der var i kraft på diagnosetidspunktet, forudsat at forsikrede var omfattet heraf.

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 fx produktændringer.

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

Ændringer i betingelserne kan påvirke alle aspekter af betingelserne, fx, 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 forsikringsdækningerne med 3 måneders varsel til udgangen af en kalendermåned. Såfremt forsikringstager ikke kan acceptere ændringerne, kan forsikringstager med 1 måneders varsel opsige forsikringen pr. ændringsdagen, således at forsikringsdækningen bortfalder pr. denne dato.

Definitioner:

Forsikringstageren er den, der har indgået forsikringsaftalen med selskabet.

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

1.3. Oplysningspligt

Forsikrede bliver optaget i og er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme på grundlag af oplysninger, som selskabet modtager Det tilsluttede selskab og forsikrede. Oplysningerne vedrører bl.a. forsikredes CPR-nr.

Ved ændring af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme gælder samme regler som ved optagelse i Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme.

Hvis oplysningerne er forkerte eller ufuldstændige, kan dækningerne nedsættes eller helt bortfalde. Selskabet kan annullere forsikringen, hvis selskabet har fået vildledende, ufuldstændige eller forkerte oplysninger efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4-10. Er oplysningerne givet af 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 forfalder som aftalt mellem forsikringstager og selskabet. Betales præmien ikke rettidigt efter påkrav herom, modtager forsikringstager en påmindelse. Påmindelsen indeholder oplysning om, at forsikringen ophører, hvis præmien ikke er blevet betalt indenfor den i påmindelsen angivne frist.

Selskabet fastsætter præmien for et år ad gangen ud fra grundlag og tariffer, hvor der bl.a. indgår antagelser om rente, risiko og omkostninger. Dette sker automatisk uden yderligere varsel.

Forsikringstager oplyses om ændringer af grundlag eller tarif med 1 måneds varsel til udgangen af et kalenderår.

Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning.

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

1.6. Pantsætning og anden overdragelse

Forsikringen kan ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning eller retsforfølgning.

1.7. Anmeldelse

Forsikrede skal anmelde en dækningsberettiget diagnose til selskabet hurtigst muligt.

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling, hvis kritisk sygdom anmeldes efter, at forsikrede er afdøet ved døden.

Krav mod selskabet skal anmeldes til selskabet inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.

Krav mod selskabet forældes efter dansk rets regler om forældelse.

1.8. Oplysninger

Forsikrede skal give selskabet adgang til oplysninger, som efter selskabets skøn er nødvendige for, at selskabet kan vurdere retten til udbetaling. Hvis oplysningerne er ufuldstændige, kan udbetaling ikke finde sted.

Det kan bl.a. være nødvendigt, at forsikrede samtykker og medvirker til, at selskabet indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer m.v. Der kan fx være tale om, at selskabet indhenter oplysninger fra forsikredes egen læge, journaludskrifter fra sygehus, offentlige sagsakter mv.

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

Medarbejderne i selskabet har tavshedspligt om forsikredes forhold og må kun videregive oplysninger herom, hvis forsikrede har godkendt, at der sker videregivelse, eller hvis lovgivningen giver adgang til at videregive oplysninger.

1.9. Skatte- og afgiftsforhold

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

1.10. Ophør af dækningen

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme ophører ved førstkomende hovedforfald efter forsikrede er fyldt 67 år. Det aftalte udløbstidspunkt fremgår af forsikringsbeviset.

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme ophører med en måneds varsel til udgangen af den måned, hvor forsikringen er opsagt, jf. § 11.

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme ophører tillige, hvis præmien ikke betales rettidigt, jf. § 5.

Når dækningen ophører, vil Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme ikke have opnået nogen værdi.

1.11. Opsigelse

Selskabet kan opsig Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.

Forsikringstager kan opsig Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme med 1 måneds varsel til udgangen af en måned.

1.12. Klager

Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede og selskabet, og fornyet henvendelse ikke fører til tilfredsstillende resultat, kan forsikrede klage til Ankenævnet for Forsikring.

Klager kan - mod betaling af et gebyr til Ankenævnet - indsendes på et særligt klageskema, der kan rekvireres hos selskabet, Ankenævnet for Forsikring og på www.forbrug.dk. Skemaet kan også hentes fra Ankenævnets hjemmeside: www.ankeforsikring.dk.

Afsnit 2 – Dækninger

2.1. Dækning ved visse kritiske sygdomme

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under afsnit 2.1. A-Æ. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Udbetaling sker til forsikrede. Hvis forsikrede er afdød ved døden inden udbetaling, sker udbetaling til forsikredes dødsbo.

Udbetaling sker til forsikredes NemKonto, medmindre forsikrede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet. Selskabet udbetaler forsikringssummen på en konto i et dansk pengeinstitut.

Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for afsnit 2.1. Æ, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme dækker hele døgnet overalt i Europa, Færøerne og Grønland. Endvidere dækker forsikringen under midlertidigt ophold i indtil 6 måneder i den øvrige del af verden, medmindre andet er aftalt med selskabet.

Følgende diagnoser er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme:

A. Visse former for kræft

En ondartet (malign) svulst (tumor), diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfeknuder og andre organer (metastasering).

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling),
- Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modernærkekræft stadie 1B-4 (malignt melanom),
- Prostata cancer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2N0M0 er dækket),
- Blærepapillomer,
- Neuroendokrine (karcinoide) tumorer uden spredning eller metastaser,
- Tumorer på baggrund af hvilken, der allerede er udbetalt erstatning efter afsnit 2.1. J, og som udvikler sig til en diagnose under afsnit 2.1. A.

Desuden dækkes ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv. Dækningen omfatter dog kun behandlingskrævende:

- Akut leukæmi, kronisk myeloid leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise og behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL),
- Hodgkins lymfom stadie II-IV og non-Hodgkins lymfom med undtagelse af mindre aggressive former som lokaliseret MALT lymfom, mucosis fungoides i plaquestadiet og hudlymfomer som lokaliseret CD30 positivt lymfom og kutant B-celle lymfom lokaliseret til huden,
- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk myelomonocytisk leukæmi (CMML),
- Myelomatose/solitært myelom.

Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (inkl. kemoterapi, biologiske midler (designerdrugs) og stråleterapi) og/eller transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation).

Dækningen omfatter ikke monoklonal gammopati (MGUS) eller myeloproliferative neoplasmer (MPN), som fx primær myelofibrose, essentielt trombocytopeni eller Polycytæmia vera.

B. Blodprop i hjertet – spontant mykardieinfarkt relateret til iskæmi (Type 1 AMI)

Et akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

Diagnosen skal være klar og entydig for akut myokardieinfarkt type 1, ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet, samt evidens for AMI med mindst to af følgende kriterier:

- Symptomer på myokardieiskæmi (pludseligt opståede vedvarende brystmerter),
- EKG-forandringer tydende på nyopstået iskæmi (nye ST-T ændringer, nyt venstresidigt grenblok) eller udvikling af patologiske Q-takker på elektrokardiogram,
- Billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myokardiescintigrafi eller MR-scanning) for nyttilkommet tab af hjertemuskelvæv/regional dyskinesi,
- Identifikation af en intrakoronar trombe ved koronarangiografi (KAG).

Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge.

Dækningen omfatter ikke AMI opstået i forbindelse med PCI eller CABG.

C. Operation på hjertekar som følge af svær åreforsnævring i kranspulsårerne (bypass-operation (CABG) eller ballonudvidelse (PCI))

En revaskulerende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- Gennemført PCI behandling (ballonudvidelse) på mindst to af hjertets tre kranspulsårer indenfor en 3 måneders periode, eller at
- Der er gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk bypassoperation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

D. 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 (TAVI) eller mitralklap (MitralClip eller lignende).

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

E. Kronisk hertesvigt med betydelig nedsat funktionsevne

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

Dækningen forudsætter, at:

- Uddrivningsfraktionen 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.

F. Svær sygdom i hovedpulsåren (aorta) med tillukning, bristning eller større lokal udvidelse med indikation for operation

En aortaruptur (bristning), en aortaokklusion (tillukning) eller et aortaaneurisme med operationsindikation eller en aortadissektion (med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen) med operationsindikation.

Diagnosen aneurisme eller dissektion skal være stillet ved CT-scanning, MR-scanning, aortografi, ultralydsundersøgelse eller ekkokardiografi.

Dækningen omfatter den torakale og abdominale aorta, men ikke deres grene.

Dækningen omfatter desuden aortaaneurismer eller aortadissektion med operationsindikation, hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

Ved aortaaneurisme betyder operationsindikation normalt en større lokal udvidelse af aorta på over 5-6 cm i diameter, men særlige forhold kan gøre sig gældende.

G. Livstruende hjerterytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed (hjerTESTøder)

En planlagt eller gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller hjerTESTop (institutio cordis) fremkaldt af ventrikelflimmer eller ventrikulær takyardi (arrytmi).

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

H. 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 pulsårer (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).

I. 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.

J. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv med aggressivt forløb og svære blivende følger

En svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der medfører betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 pct. mén, vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings tabel.

Forsikringen udbetales først, når følger tilstanden vurderes rimelig stabil, det vil sige tidligst 6 måneder efter diagnosticering eller operation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Tumorer i kranie-/hjernenerver, herunder syns- eller hørenerven,
- Granulomer eller isolerede cyster uden anden patologi,
- Hypofyseadenomer og Acusticus neurinomer (Schwanomer).

K. Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

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

- To eller flere klinisk adskilte perioder med neurologiske udfald fra centralnervesystemet, samt mindst to MR-påviste læsioner i centralnervesystemet forenelige med MS efter McDonald-kriterierne, eller
- Et klinisk attack, hvor der er to eller flere MR-påviste læsioner forenelige med MS eller diagnosticeret disseminering i tid ved gentagelse af MR-scanning (monosymptomatisk MS), eller
- Et langvarigt attack med progression, hvor McDonald-kriterierne for progredierende MS er opfyldte.

Dækningen omfatter endvidere Neuromyelitis optica (NMO) med bilateral opticus neuritis eller myelopati og opticus neuritis samt MR-forandringer centralt i medulla over mere end tre segmenter.

Undtaget fra forsikringsdækningen er tilfælde med synsnerveudfald (opticus neurit) eller transversel myelitis alene.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge.

L. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) eller anden lignende ikke-arvelig motorisk nervecellesygdom (MND) – men vedvarende og fremadskridende symptomer

En kronisk sygdom som skyldes fremadskridende nedbrydning af nervesystemets motoriske celler i rygmarv og hjernen, som medfører lammelser, muskelsvind og spasticitet.

Dækningen forudsætter:

- forekomst af progredierende nedre motor neuron symptomer (LMN) og øvre motor neuron symptomer (UMN) i mindst to regioner (bulbære, overekstremiteter (cervikal), trunkus (thorakal) og underekstremiteter (lumbosakral)) og
- abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge som arbejder i et ALS-team har stillet diagnosen klassisk ALS.

Dækningen omfatter desuden følgende andre former for ALS og MND, forudsat at diagnosen er stillet af en neurologisk speciallæge som arbejder i et ALS-team;

- progressiv bulbær parese (PBP), hvor der primært er bulbære symptomer (fx tale og synkebesvær), progressiv muskelatrofi (PMA), hvor der primært er anden neuronudfald (muskelatrofi uden spasticitet og hyperrefleksi) og
- primær lateral sklerose (PLS), hvor der primært er første neuronudfald (muskelspasticitet og hyperrefleksi, men kun begrænset atrofi).

Dækningen omfatter ikke arvelig MND, herunder spinal muskelatrofi (SMA).

M. Primær Parkinsons sygdom (paralysis agitans, rystelammelse) med vedvarende symptomer

En kronisk sygdom kendetegnet ved vedvarende øget muskelstivhed (rigiditet), rysten (tremor) og nedsættelse af de spontane bevægelser (oligokinesi).

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge, og dækningen forudsætter tilstedeværelsen af hovedsymptomet bradykinesi/hypokinesi/akinesi (langsomhed) samt et af følgende symptomer:

- Rigiditet (stivhed i muskulaturen), eller
- Tremor (rysten).

Dækningen omfatter desuden atypisk Parkinson i form af progressiv supranucleær parese (PSP), multisystem atrofi (MSA) og corticobasal degeneration (CBD), hvis diagnosen er stillet på en specialafdeling for bevægeforstyrrelser.

Dækningen omfatter ikke:

- Sekundær Parkinson,
- Parkinsonsymptomer i forbindelse med Lewy Body demens.

N. Alzheimers sygdom eller beslægtet demenssygdom med fremadskridende forløb

En degenerativ sygdom i hjernen kendetegnet ved fremadskridende demens (åndelig sløvhed) og hjernesvind.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller specialklinik efter internationalt anerkendte kriterier for sand-synlig Alzheimers sygdom (NINCDS-ADRDA) samt ved en MR-scanning, der støtter diagnosen med fund af cerebral atrofi i mediale temporallapsstrukturer.

Den intellektuelle svækkelse skal være bekræftet ved neuropsykologisk testning, visende permanent klinisk tab af evnen til samtlige af følgende:

- Hukommelse,
- Tænkning og rationalitet,
- Sprog,
- Problemløsning.

Forsikredes symptomer skal være anerkendt lægeligt og første hjernescanning gennemført i forsikringstiden.

Undtaget fra forsikringsdækningen er andre former for demens som fx:

- Demens ledsaget af bevægelsesforstyrrelser, som fx ved Huntingtons chorea og Parkinsons sygdom, eller
- Demens som følge af forkalkningssygdom i hjernekar (vaskulær demens), traume eller infektion.

O. 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 méngrad 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.

P. 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.)).

Q. Myasthenia gravis – med svære symptomer

En autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved varierende grader af kraftnedsættelse og hurtig udtrætning.

Diagnosen skal være stillet på neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge og være bekræftet ved mindst to af følgende punkter:

- EMG der viser defekt neuromuskulær transmission,
- Antistoffer mod acetylcholinreceptor (AChR), anti-MuSK eller anti-Titin antistoffer i blodet,
- Tydelig behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling.

Dækningen omfatter alene personer med sværere symptomer fra arme, ben eller ansigt, der påvirker funktionsevnen.

R. 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, Bethelm 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.

S. 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.

T. 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 knoglemarvstransplantation) for andre tilstande end anført under dækning for blodkræft i § 14 A.

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

U. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

Erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med human immundefekt virus (HIV), der har givet en så alvorligt påvirket immunfunktion, at det har medført en opportunistisk infektion eller visse cancertyper.

Dækning forudsætter, at diagnosen er stillet på en infektionsmedicinsk afdeling efter Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

Er forsikrede diagnosticeret med HIV inden forsikringstidens begyndelse, er der ikke ret til udbetaling efter denne bestemmelse.

V. 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.

X. 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.

Y. 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.

Z. 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.

Æ. Terminal sygdom – alle diagnoser, der ikke er omfattet af A-Z, hvor levetiden er højest 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 2.1. 14 A-Z 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.

2.2. Begrænsninger i forsikringsdækningen

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

1. hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden jf. § 5.
2. hvis forsikrede, før forsikringen eller den frivillige forhøjelse er trådt i kraft, har
 - fået stillet en diagnose, der er omfattet af forsikringsbetingelserne, eller
 - haft symptomer på, modtaget behandling for, eller været under udredning for sygdom, der senere kan henføres til den anmeldte diagnose

Dette gælder i to år fra tidspunktet, hvor forsikringen eller den frivillige forhøjelse trådte i kraft.

3. hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i afsnit 2.1. A-Æ. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i afsnit 2.1. A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter afsnit 2.1. 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,
4. ved diagnoser som beskrevet i afsnit 2.1. B, C, D, E, F og G, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i afsnit 2.1. B, C, D, E, F eller G,
5. ved diagnoser som beskrevet i afsnit 2.1. 14 H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i afsnit. 2.1. H eller I,
6. mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i afsnit 2.1. A-Æ. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter afsnit 2.1. 14 A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter afsnit 2.1. 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,
7. 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 2.1. A-Æ,
8. 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,
9. ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område,
10. hvis forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sin død.

Afsnit 3 – Fortrydelsesret

Du kan som forsikringstager 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 forsikringstager

Inden fortrydelsesfristens udløb skal du underrette AP Pension 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:

AP Pension
CVR nr. 18530899
Sundkrogsgade 29
2150 Nordhavn