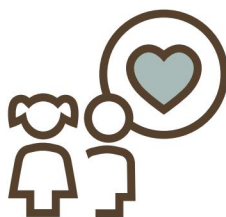




Gør den hårde tid
lidt lettere, hvis dit
barn bliver ramt af
alvorlig sygdom



Visse Kritiske Sygdomme til børn
Forsikringsbetingelser



Visse Kritiske Sygdomme til børn

Forsikringsbetingelser

AFSNIT 1. FÆLLES BESTEMMELSER

§ 1. FORSIKRINGEN

Stk. 1. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn er oprettet på grundlag af aftale mellem nærpension og AP Pension.

Stk. 2. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn består af forsikringsdækning oprettet som syge- og ulykkesforsikring i:

AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (Selskabet)
CVR-nr. 18530899
Østbanegade 135
2100 København Ø

Stk. 3. Forsikringen i AP Pension er formidlet af:

nærpension forsikringsformidling A/S (nærpension)
CVR-nr. 30591380
Østbanegade 135
2100 København Ø

via et pengeinstitut, der er tilsluttet nærpension.

Stk. 4. Selskabet er underlagt offentligt tilsyn.

Stk. 5. Dansk ret, herunder forsikringsaftaleloven, gælder for aftalen.

§ 2. AFTALEGRUNDLAGET

Stk. 1. Betingelserne træder i kraft 1. november 2023.

Stk. 2. For Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn 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.

Stk. 3. For diagnoser stillet før disse forsikringsbetingelsers ikrafttrædelsestidspunkt gælder de forsikringsbetingelser, der var i kraft på diagnosetidspunktet, forudsat at forsikrede var omfattet heraf.

Stk. 4. Selskabet kan ændre betingelserne, hvis

- ændringen aftales med nærpension
- det er nødvendigt, for at selskabet kan overholde lovgivning og tilhørende praksis.

Stk. 5. 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.

Stk. 6. Definitioner

Forsikringstageren er den, der har indgået forsikringsaftalen med selskabet. Forsikringstageren kan være forsikredes forældre (herunder adoptivforældre), forsikredes stedforældre samt forældres samlever. Samlever skal være en person, der har fælles bopæl med en af forsikredes forældre på tegningstidspunktet.

Forsikrede er det barn, på hvis helbred forsikringen er tegnet.

§ 3. OPLYSNINGSPLIKT

Stk. 1. Barnet, som er forsikret, bliver optaget i og er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn på grundlag af oplysninger, som selskabet modtager fra pengeinstituttet, nærpension, forsikrede og forsikringstager. Oplysningerne vedrører bl.a. forsikredes CPR-nummer, og oplysninger om forsikredes helbred ved oprettelsen.

Stk. 2. Ved ændring af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn gælder samme regler som ved optagelse i Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn.

Stk. 3. 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 forsikringstager, en læge eller anden sagkyndig, har det samme virkning, som hvis oplysningerne var givet af forsikrede.

§ 4. HELBREDSOPLYSNINGER

Forsikrede optages i Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn, hvis selskabet vurderer, at der afgives tilfredsstillende risiko- og helbredsoplysninger til selskabet.

§ 5. FORSIKRINGENS IKRAFTTRÆDEN

Forsikringen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i anmodningen, hvis selskabet antager forsikringen, jf. § 4, se dog § 15, nr. 1. Ikrafttrædelsesdag er altid den



Visse Kritiske Sygdomme til børn

Forsikringsbetingelser

første i en måned. Er der ikke anført en ikrafttrædelsesdag, træder forsikringen i kraft den første i den måned, hvor forsikrings søgende har underskrevet anmodningen.

§ 6. PRÆMIE

Stk. 1. Præmien forfalder som aftalt mellem forsikringstager og selskabet, og indbetales af forsikringstager til selskabet via pengeinstituttet, som hæver præmiebeløbet på forsikringstagers konto i pengeinstituttet. 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.

Stk. 2. Forsikringen forudsætter, at forsikringstager opretholder en konto i pengeinstituttet, hvorfra præmien betales.

Stk. 3. 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.

Stk. 4. Præmien, som opkræves, er reduceret med eventuel bonus.

Stk. 5. Forsikringstager oplyses om ændringer af grundlag eller tarif med 1 måneds varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 6. Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning.

Stk. 7. Der sker ingen tilbagebetaling af præmie ved forsikringens ophør eller ved udbetaling midt i en præmieperiode.

§ 7. PANTSÆTNING OG ANDEN OVERDRAGELSE

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

§ 8. ANMELDELSE

Stk. 1. Forsikrede eller forsikringstager skal anmelde en dækningsberettiget diagnose til selskabet hurtigst muligt.

Stk. 2. Forsikringen giver ikke ret til udbetaling, hvis kritisk sygdom anmeldes efter, at forsikrede er afdøet ved døden.

Stk. 3. Krav mod selskabet skal anmeldes til selskabet inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.

Stk. 4. Krav mod selskabet forældes efter dansk rets regler om forældelse.

§ 9. OPLYSNINGER

Stk. 1. Forsikrede eller dennes værge 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.

Stk. 2. Det kan bl.a. være nødvendigt, at forsikrede eller dennes værge 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.

Stk. 3. Selskabet kan kræve den information og dokumentation, som selskabet finder relevant for at opfylde gældende lovgivning, herunder lovgivning vedrørende forebyggelse af hvidvask og terrorfinansiering.

Stk. 4. 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.

§ 10. SKATTE- OG AFGIFTSFORHOLD

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

§ 11. OPHØR AF DÆKNINGEN

Stk. 1. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ophører ved udgangen af det kalenderår, hvor forsikrede fylder 18 år. Det kan dog være aftalt, at Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ophører allerede den 1. i måneden efter, at forsikrede fylder 18 år. Det aftalte udløbstidspunkt fremgår af forsikringsbeviset.

Stk. 2. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ophører endvidere ved udgangen af det kalenderår, hvor forsikringen er opsagt, jf. § 12.

Stk. 3. Derudover ophører Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ved næstkommende præmieforfald, hvis forsikringstagers konto i det kontoførende pengeinstitut udgår.

Stk. 4. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ophører tillige, hvis præmien ikke betales rettidigt, jf. § 6.



Visse Kritiske Sygdomme til børn

Forsikringsbetingelser

Stk. 5. Når dækningen ophører, vil Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ikke have opnået nogen værdi.

§ 12. OPSIGELSE

Stk. 1. Selskabet kan opsigte Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 2. Forsikringstager kan opsigte Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn med 1 måneds varsel til udgangen af en måned.

§ 13. KLAGER

Stk. 1. Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede eller forsikringstager og selskabet, og fornyet henvendelse ikke fører til tilfredsstillende resultat, kan forsikrede eller forsikringstager klage til Ankenævnet for Forsikring.

Stk. 2. 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

§ 14. DÆKNING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME TIL BØRN

Stk. 1. Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under §§ 14 A-R. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede eller forsikringstager får kendskab til diagnosen.

Stk. 2. Udbetaling sker til forsikringstager. Hvis forsikringstager er afgået ved døden inden udbetaling, sker udbetaling til forsikrede i henhold til gældende lov.

Stk. 3. 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.

Stk. 4. Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for § 14 R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Stk. 5. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn 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.

Stk. 6. Følgende diagnoser er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn:

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 modermærkekræft stadie 1B-4 (malignt melanom),
- Prostata cancer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket),
- Blærepapillomer,
- Neuroendokrine (karcinoide) tumorer uden spredning eller metastaser,
- Tumorer på baggrund af hvilken, der allerede er udbetalt erstatning efter § 14 F, og som udvikler sig til en diagnose under § 14 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 myelomonocystisk leukæmi (CMML),
- Myelomatose/solitært myelom.



Visse Kritiske Sygdomme til børn

Forsikringsbetingelser

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 f.x primær myelofibrose, essentielt trombocytopeni eller Polycytemia vera.

B: HJERTEKLAPFEJL MED BEHOV FOR OPERATION

En planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese eller gennemført perkutan udskiftning eller reparation af aortaklap (TAVI) eller mitralklap (MitralClip eller lignende).

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

C: KRONISK HJERTESVIGT MED BETYDELIGT NEDSAT FUNKTIONSEVNE

En tilstand med svær kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel med svære symptomer og betydelig funktionsbegrænsning 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 funktionsbegrænsning 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 pacemaker-system (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 pulsårer (arterie) opstået i hjernen pga. en emboli eller trombose 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.



Visse Kritiske Sygdomme til børn

Forsikringsbetingelser

F: 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 følgetilstanden vurderes rimelig stabil, det vil sige tidligst 6 måneder efter diagnosticering eller operation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

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

G: MULTIPLE (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.

H: HJERNE- ELLER HJERNEHINDEBETÆNDELSE (INKL. BORRELIA OG TBE) MEDFØRENDE SVÆRE NEUROLOGISKE FØLGER

En infektion i hjerne, hjernenenerødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe eller andre mikrober, som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en mængde 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-mærker og prionmærker (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifikt enolase mv.)).

J: MUSKELSYGDOMME (MUSKELDYSTROFI OG MYOPATI) MED VEDVARENDE FREMADSKRIDENDE SYMPTOMER

En genetisk verificeret og anerkendt arvelig muskelsvindsygdom 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 muskelsvindsygdom, som kan sidestilles med de forannævnte.

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



Visse Kritiske Sygdomme til børn

Forsikringsbetingelser

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 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.

M: 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.

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 synstyrken 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 §§ 14 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 §§ 14 A-Q eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf,



Visse Kritiske Sygdomme til børn

Forsikringsbetingelser

- et ulykkestilfælde, hvorved forstås legemsbeskadigelse, som rammer den forsikrede ufrivilligt gennem pludselig udefrakommende hændelse,
- infektioner eller epidemier.

§ 15. 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 inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i §§ 14 A-R. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i § 14 A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 14 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 §§ 14 B og C, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 14 B eller C,
4. ved diagnoser som beskrevet i §§ 14 H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 14 H eller I,
5. mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i §§ 14 A-R. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter § 14 A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 14 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 §§ 14 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, terrorhandling eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område,

9. hvis forsikrede eller forsikringstager ikke har anmeldt kritisk sygdom inden forsikredes død.

FORTRYDELSESRET

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

FORTRYDELSESFRISTEN

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.

HVORDAN FORTRYDER DU?

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 postkвитtingen.

Underretning om, at du har fortrudt aftalen, skal gives til:

AP Pension
CVR nr. 18530899
Østbanegade 135
2100 København Ø