

Forsikringsbetingelser
for
Forsikring ved visse kritiske sygdomme
(enkeltforsikrede)

Denne forsikring er oprettet på grundlag af aftale mellem Vejle Brand, hvor sikrede har tegnet forsikringen, og AP Pension.

AP Pension livsforsikringsaktieselskab (AP Pension)

Østbanegade 135

2100 København Ø

CVR-nr. 18530899

www.appension.dk

Indhold

§ 1. AFTALEGRUNDLAG	3
§ 2. OPTAGELSE	3
§ 3. URIGTIGE OPLYSNINGER.....	3
§ 4. KRITISK SYGDOM	3
§ 5. BEGRÆNSNINGER I FORSIKRINGSDÆKNINGEN	10
§ 6. ANMELDELSE	11
§ 7. UDBETALING	11
§ 8. PRÆMIEN	11
§ 9. SKATTE- OG AFGIFTSFORHOLD	11
§ 10. RÅDIGHEDSFORHOLD	11
§ 11. OPHØR	12
§ 12. FORÆLDELSE	12
§ 13. OPSIGELSE OG ÆNDRINGER	12
§ 14. KLAGEADGANG	12
§ 15. IKRAFTTRÆDEN.....	12
FORTRYDELSESRET.....	13

§ 1. AFTALEGRUNDLAG

- Stk. 1. For denne aftale gælder forsikringsaftaleloven (lov nr. 129 af 15. april 1930) med senere ændringer med mindre andet er aftalt.
- Stk. 2. Forsikringsdækningen er oprettet i AP Pension Livsforsikringsaktieselskab.

§ 2. OPTAGELSE

- Stk. 1. Forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen efter aftale indgået mellem forsikrede og AP Pension.
- Stk. 2. Ved forsikringstiden forstås perioden fra den enkelte forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen og frem til forsikringsdækningens ophør, jf. § 11.
- Stk. 3. Det er en forudsætning for udbetaling af forsikringssummen, at diagnosen stilles tidligst 3 måneder efter den dato, hvor forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen.
- Stk. 4. Hvis forsikrede på diagnosetidspunktet er omfattet af en kritisk sygdom dækning i AP Pension, og den pågældende gruppe er på mindst 1000 forsikrede, bortfalder karensen i stk. 3.

§ 3. URIGTIGE OPLYSNINGER

Afgiver forsikrede eller andre urigtige eller mangelfulde oplysninger i forbindelse med forsikringens oprettelse, ændring eller genikrafttrædelse, kan forsikringsdækningen bortfalde helt eller delvist efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4-10.

§ 4. KRITISK SYGDOM

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, jf. § 2, stk. 2 har fået stillet en diagnose, som beskrevet i §§ 4 A-Ø. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

A: KRÆFT, LEUKÆMI OG LYMFOMER

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 allogene knoglemarvs-transplantation.

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 (uan-set valgt behandling).

- Alle former for hudkræft, bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom).
- Blærepapillomer.
- Hodgkin's lymfom stadie I.
- Prostata tumorer 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 § 4 J, og som udvikler sig til en diagnose under § 4 A.

B: STØRRE BLODPROP I HJERTET (AKUT MYOKARDIEINFARKT)

Akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt op-hørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

Diagnosen skal være baseret på en typisk stigning og fald af blodets indhold af biokemiske markører (troponin TnT eller kreatinkinase MB), sammen med mindst to af følgende kriterier:

- a) pludseligt opståede vedvarende brystmerter (symptomer på myokardieis-kæmi),
- b) elektrokardiogramforandringer, der tyder på nyopstået iskæmi (ST-stigning eller fald) eller udvikling af patologiske Q-takker på elektrokardiogram,
- c) billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myoscintiografi eller MR-scanning) fornyet tab af hjertemuskelvæv/regional dyskinisi.

Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge, og være klar og entydig for akut myokardieinfarkt (type 1 infarkt).

Dækningen omfatter ikke AMI i forbindelse med PCI eller CABG.

C: HJERTEKAROPERATION PÅ GRUND AF SVÆR FORSNÆVRING I KRANSPULSÅRERNE (BY-PASS/PCI)

Revaskulariserende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- a) gennemført ballonudvidelse af to eller flere af hjertets kranspulsårer (PCI), som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk, eller
- b) planlagt eller gennemført åben hjertekirurgisk revaskularisering (by-pass operation) af én eller flere af hjertets kranspulsårer.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

D: HJERTEKLAPOPERATION PÅ GRUND AF HJERTEKLAPFEJL

Planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese samt homeograft eller klapplastik.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

E: KRONISK HJERTESVIGT MED SVÆRE SYMPTOMER I HVILE OG NEDSAT FUNKTIONSEVNE

Kronisk hjerteinsufficiens med en vedvarende nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30 pct. eller derunder, som medfører funktionel begrænsning i hvile (for eksempel ved dyspnø, træthed, palpitationer) og som forværres ved enhver form for aktivitet (jf. New York Heart Associations klassifikation (NYHA) gruppe III og IV).

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling. Påvirkningerne af funktionsniveau skal være tilstede på trods af behandling i mere end 6 måneder, eller der skal være gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD-enhed).

F: SVÆR SYGDOM I AORTA (HOVEDPULSÅREN)

En bristning (ruptur), tillukning (okklusion) eller lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) til over 5 cm. i diameter eller en aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen.

Benævnelsen aorta inkluderer både den thorakale og abdominale aorta, men ikke deres grene.

Diagnosen aortaaneurisme eller aortadissektion skal være stillet ved MR-scanning eller aortografi samt ultralydundersøgelser, ekkokardiografi eller CT-scanning af abdomen.

G: LIVSTRUENDE HJERTERYTMEFORSTYRRELSER MED INDOPERATION AF ICD-ENHED

Planlagt eller gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af livstruende hjerterytmeforstyrrelse.

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, og som enten skyldes;

- a) en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehalvdele, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller
- b) en forsnævring eller tillukning af en pulsåre opstået i hjernen pga. en emboli eller trombose.

Hjernebeskadigelsen skal have medført blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen, og være påvist ved en hjernescanning (CT/MR).

Tilfælde hvor en blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning er omfattet af forsikringsdækningen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen (vurderet tidligst efter 3 måneder) i form af lammelser, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser, taleforstyrrelser, gangbesvær, koordinations- eller bevidsthedsforstyrrelse.

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.

Undtaget fra forsikringsdækningen er transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attack (TIA), tidligere hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR) og blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (f.eks. øjne, øre, hypofyse).

I: SÆKFORMET UDVIDELSE AF HJERNENS PULSÅRER (ANEURISME) ELLER INTRAKRANIEL ARTERIOVENØS KARMISDANNELSE (AV-MALFORMATION) MED BEHOV FOR OPERATION

Planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar, med en eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inklusive kavernøst angiom), som skal være påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR-scanning.

Defekten skal være diagnosticeret 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 hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske grunde.

J: 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, hjerne-stamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), som efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 pct., vurderet efter Arbejdsskadestyrelsens 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 (Schwanomer). Endvidere undtages svulster der er opstået i eller på en eller flere hjerne- eller kranienerver, herunder syns- eller hørenerven.

K: MULTIPLE (DISSEMINERET) SKLEROSE (MS)

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

- a) to eller flere (gentagne) veldefinerede episoder af neurologiske udfalds-symptomer, 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
- b) 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 synsnerveudfald (opticusneurit) alene.

L: AMYOTROFISK LATERALSKLEROSE (ALS) ELLER MOTORISK NEURONSYGDOM (MND), DEBUTERET FØR ALDER 60 ÅR - MED VEDVARENDE OG FREMADSKRIDENDE SYMPTOMER

En kronisk sygdom som skyldes fremadskridende nedbrydning (degeneration) af nervesystemets motoriske celler i rygmarv, hjernestamme og hjerne, medførende lammelser, muskelsvind og spasticitet.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge efter El Escorial kriterierne med lower motor neuron symptomer (LMN) og upper motor neuron symptomer (UMN) i mindst tre regioner samt progression af symptomerne og abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.

Dækningen omfatter ikke arvelig MND, herunder SMA.

M: PRIMÆR PARKINSONS SYGDOM (PARALYSIS AGITANS, RYSTELAMMELSE), DEBUTE-RET FØR ALDER 60 ÅR, MED VEDVARENDE SYMPTOMER

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

Forsikringsdækningen forudsætter tilstedeværelse af hovedsymptomet bradykinesi/hypokinesi/akinesi (langsomhed) samt enten rigiditet (stivhed i muskulaturen) eller tremor (rysten).

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge.

Dækningen omfatter ikke Atypisk Parkinson (Parkinson+), Sekundær Parkinson, og Parkinsonsymptomer i forbindelse med Lewy Body demens.

N: ALZHEIMERS SYGDOM OG BESLÆGTEDE DEMENSSYGDOMME MED FREMADSKRIDENDE FORLØB DIAGNOSTICERET FØR ALDER 60 ÅR

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

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller specialklinik efter de internationalt anerkendte kriterier for sandsynlig Alzheimers sygdom (NINCDS-ADRDA) samt to MR-scanninger med et års mellemrum, 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 f.eks. demens ledsaget af bevægelsesforstyrrelser, som for eksempel ved Huntingtons chorea og Parkinsons sygdom, og demens som følge af forkalknings sygdom i hjernekar (vaskulær demens), traume eller infektioner.

O: HJERNE- ELLER HJERNEHINDEBETÆNDELSE (INKL. BORREALIA OG TBE) MEDFØRENDE SVÆRE NEUROLOGISKE FØLGER

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en méngrad på 15 pct. eller mere efter Arbejdsskadestyrelsens tabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Diagnosen skal være stillet på neurologisk eller infektionsmedicinsk afdeling ud fra:

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

Ved en neuroborreliose som følge af flåtbid skal diagnosen være stillet ud fra undersøgelser for borreliaspecifikke antistoffer i serum og spinalvæske (IgG, IgM).

Ved Tick-Borne-Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af virusantistoffer i serum og spinalvæske.

De neurologiske følger kan i alle tilfælde tidligst vurderes efter 3 måneder og 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 mu-tationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase mv.))

Q: MYASTHENIA GRAVIS - MED VEDVARENDE SYMPTOMER PÅ TRODS AF BEHANDLING

En autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved kraftnedsættelse og hurtig udtrætning.

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

- 1) EMG, der viser defekt neuromuskulær transmission,
- 2) acetylcholinreceptorantistoffer (AChR), anti-MuSK eller anti-Titin i blodet,
- 3) klar behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling.

R: MUSKELSVIND (MYOPATI OG NEUROPATI) MED VEDVARENDE FREMADSKRIDENDE SYMPTOMER

Arvelig muskeldystrofi kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og kraft (f.eks. Duchennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), Facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngeal-muskeldystrofi (OPMD) eller Dystrofia myotonica).

Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres at symptomerne er debuteret i Forsikringstiden, og at diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling ved klinisk undersøgelse, blodprøve (enzym CK eller gentest) samt muskelbiopsi.

S: BLODPROP I LUNGE — SVÆR GRAD MED BEHOV FOR OPERATION

En gennemført revaskulerende behandling på én eller flere centrale lungearterier på grund af lungeemboli, som har medført kronisk pulmonal hypertension og som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk.

Diagnosen skal være stillet på baggrund af typiske symptomer (WHO-funktionsklasse III-IV) med forandringer lokaliseret tilstrækkeligt centralt i pulmonalkredsløbet på CT-scanning med kontrast, lungeangiografi og eventuelt ekkokardiografi, med tegn på højresidig trykbelastning.

T: KRONISK NYRESVIGT MED BEHOV FOR VARIG DIALYSE ELLER TRANSPLANTATION

Dobbelt-sidedig nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket medfører behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

U: 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 § 4 A.

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

V: 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 forsikrings-tiden. Diagnosen skal være stillet på en infektionsmedicinsk afdeling og opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

X: HIV-INFektion VED BLODTRANSFUSION ELLER ARBEJDSBETINGET SMITTE

1. Infektion med HIV som følge af blodtransfusion eller anden lægelig behandling, modtaget efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det kræves at forsikrede er berettiget til godtgørelse for transfusionsoverført HIV-infektion af Sundhedsstyrelsen.

2. Infektion med HIV efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt, som følge af en arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes professionelle erhverv.

Det kræves som dokumentation for smitteoverførelsen, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade, og at der foreligger en negativ HIV-test udført indenfor den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder.

Y: STØRRE FORBRÆNDING (AMBUSTIO)

Brandsår (inklusive forfrysninger eller ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 pct. af den forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaludskrift eller epikrise fra en brandsårsafdeling.

Z: PRAKTISK BLINDHED

Permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder, eller såfremt der er synsfeltindskrænkning til under 10 pct. (kikkertsyn).

Diagnosen stilles hos øjenlæge med angivelse af årsag.

Æ: TOTAL DØVHED

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

Diagnosen stilles hos ørelæge med angivelse af årsag.

Ø: TERMINAL SYGDOM - ALLE DIAGNOSER, DER IKKE ER OMFATTET AF §§ 4 A-Æ, 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 §§ 4 A-Æ 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.

§ 5. BEGRÆNSNINGER I FORSIKRINGSDÆKNINGEN

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

1. hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i §§ 4 A-Ø. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i § 4 A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 4 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i § 4 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode,
2. ved diagnoser som beskrevet i §§ 4 B, C, D, E, F og G, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 4 B, C, D, E, F eller G,
3. ved diagnoser som beskrevet i §§ 4 H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 4 H eller I.
4. mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i §§ 4 A-Ø. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter § 4 A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 4 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i § 4 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.
5. 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 §§ 4 A-Ø.
6. 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.
7. ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område.
8. hvis forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sin død.

§ 6. ANMELDELSE

- Stk. 1. Forsikrede skal anmelde krav på udbetaling ved visse kritiske sygdomme til selskabet senest 3 år efter, at forsikrede er blevet bekendt med, at diagnosen er stillet.
- Stk. 2. Anmeldelse skal ske på en blanket, som AP Pension tilsender eller udleverer på forlangende. Blanketten skal udfyldes af forsikrede og den behandlende læge.

§ 7. UDBETALING

- Stk. 1. Udbetaling sker til forsikrede. Hvis forsikrede er afdøet ved døden inden udbetaling, sker udbetaling til forsikredes dødsbo.
- Stk. 2. Inden udbetaling kan finde sted, må forsikrede forevise fornøden dokumentation for, at der er stillet en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden.
- Stk. 3. Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for § 4 Ø, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

§ 8. PRÆMIEN

- Stk. 1. Første præmie forfalder til betaling ved forsikringsaftalens ikrafttræden. Senere præmier forfalder som anført i forsikringsbeviset.
- Stk. 2. Påkrav om betaling af præmie vil blive fremsendt med en betalingsfrist på 21 dage. Hvis der er aftalt automatisk betalingsoverførsel, fremsender AP Pension ikke særskilt præmieopkrævning, og betalingsfristen kan være kortere end 21 dage.
- Stk. 3. Betales præmien ikke rettidigt, fremsender AP Pension en opsigelse af forsikringen 14 dage efter betalingsfristen er udløbet. Betales præmien ikke senest 21 dage efter opsigelse er modtaget, bortfalder forsikringen.
- Stk. 4. AP Pension er berettiget til at opkræve et ekspeditionsgebyr ved påmindelse om betaling af præmie.
- Stk. 5. Præmien fastsættes en gang årligt på grundlag af køn, alder og erhverv, forsikringsdækningens størrelse samt forudgående års skadesforløb.
- Stk. 6. Forsikringssummen reguleres på præmiens første forfaldsdag i året.

§ 9. SKATTE- OG AFGIFTSFORHOLD

- Stk. 1. Forsikringen er omfattet af pensionsbeskatningslovens bestemmelser om forsikringer uden fradragret (skattekode 5).
- Stk. 2. Skatter og afgifter, som det i henhold til lovgivningen påhviler AP Pension at opkræve og afregne, fragår i ind- og udbetalinger.

§ 10. RÅDIGHEDSFORHOLD

Forsikringen kan ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning og vil i tilfælde af forsikringens ophør ikke have opnået nogen værdi.

§ 11. OPHØR

Forsikringsdækningen ophører:

- Når forsikrede ikke længere opfylder betingelserne for at være omfattet af Forsikring ved visse kritiske sygdomme,
- Hvis der sker udbetaling i henhold til § 4 Ø (terminaldækning),
- Når din præmiebetaling stopper, dog senest når du fylder 65 år,
- Eller når aftalen mellem AP Pension og Vejle Brand opsiges af en af parterne.

§ 12. FORÆLDELSE

Krav på udbetaling fra AP Pension forældes efter dansk rets regler om forældelse af fordringer, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven.

§ 13. OPSIGELSE OG ÆNDRINGER

Stk. 1. Forsikringen kan af såvel AP Pension som forsikrede opsiges med 1 måneds skriftligt varsel til udgangen af en kalendermåned.

Stk. 2. I stedet for at opsiges forsikringen kan AP Pension med mindst 1 måneds varsel til udgangen af en kalendermåned ændre forsikringsbetingelser og/eller præmie. Hvis forsikrede ikke ønsker at fortsætte på nye betingelser/ præmie, ophører forsikringen ved ændringens ikrafttræden.

§ 14. KLAGEADGANG

Stk. 1. Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede og AP Pension om forsikringen, og fornyet henvendelse ikke fører til et tilfredsstillende resultat, kan forsikrede klage til Ankenævnet for Forsikring.

Stk. 2. Klager kan - mod betaling af et gebyr - indsendes på et særligt klageskema, der kan rekvireres hos AP Pension, Ankenævnet for Forsikring og Forbrugerrådet. Skemaet kan også hentes fra Ankenævnets hjemmeside, www.ankeforsikring.dk.

§ 15. IKRAFTTRÆDEN

Disse forsikringsbetingelser træder i kraft den 1. januar 2014, dog tidligst fra det tidspunkt, hvor forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen. Forsikringsdækningen omfatter diagnoser, der stilles efter ikrafttrædelsen.

For diagnoser stillet før 1. september 2010 gælder:

Forsikringsbetingelser for Kritisk Sygdom (8) (i tilknytning til kundegruppeliv) i AP Pension 01.01.2008 forudsat, at forsikrede var omfattet heraf. Det betyder blandt andet, at diagnose beskrevet i §§ 4 E-G, I-J, L-R og V-Ø kun er dækket, hvis diagnosen er stillet 1. september 2010 eller senere.

Eller

Forsikringsbetingelser for kritisk sygdom (14) (frivillig gruppeforsikring) 01.01.2008 forudsat, at forsikrede var omfattet heraf. Det betyder blandt andet, at diagnose beskrevet i §§ 4 E-G, M-Q, Y, Z, Æ og Ø kun er dækket, hvis diagnosen er stillet 1. september 2010 eller senere.

For diagnoser stillet før 1. januar 2014 gælder Forsikringsbetingelser for Kritisk Sygdom (enkeltforsikrede) i AP Pension 01.09.2010, forudsat at forsikrede var omfattet heraf. Det betyder blandt andet, at diagnose beskrevet i § 4 S kun er dækket, hvis diagnosen er stillet 1. januar 2014 eller senere.

FORTRYDELSESRET

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

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 (f.eks. på papir eller e-mail) har fået nærværende oplysning om fortrydelsesretten.

Hvis du f.eks. 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, f.eks. 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 f.eks. sende brevet anbefalet og opbevare postkvitteringen.

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

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø
CVR nr. 18530899