



ULYKKE PLUS

Forsikringsbetingelser 14/2

Version 2 (19-11-2025)

dit mit vores
VEJLE BRAND

Vejle Brand

Forsikringsgiver er Forsikringsselskabet Vejle Brand g/s, Gormsgade 2, 7100 Vejle, cvr.nr. 45195856. I det efterfølgende kaldet Selskabet, os eller vi.

Aftalegrundlag

Forsikringsaftalen består af forsikringsaftalen (policen) og forsikringsbetingelserne.

For forsikringen gælder endvidere Lov om forsikringsaftaler og Lov om finansiel virksomhed.

Tilsyn og garantifond

Vejle Brand er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og er tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringsselskaber (skadesgarantifond.dk).

Yderligere oplysninger om dækningen på forsikringen kan fås på:

vejlebrand.dk

forsikringsogpension.dk

ankeforsikring.dk

Indholdsfortegnelse

Opbygning og dækning	7
Generelle bestemmelser.....	8
1. Hvem er omfattet	8
2. Forsikringen dækker	8
3. Forsikringen dækker ikke	9
4. Hvor dækker forsikringen	12
5. Hvornår dækker forsikringen	13
6. Hvis der sker ændringer i risikoen	14
7. Sådan betaler du forsikringen	14
8. Indeksregulering.....	15
9. Forsikringens varighed og opsigelse	15
10. Ophør af forsikring	15
11. Ankenævn og yderligere oplysninger	16
12. Uenighed om méngradens størrelse	17
Hvis skaden sker.....	18
13. Sådan anmelder du en skade	18
14. Udbetaling af erstatning	19
15. Genoptagelse af vurdering af méngrad.....	19
Erstatning ved varigt mén	19
16. Betingelser	19
17. Forsikringen dækker	19
18. Fastsættelse af méngrad	19
19. Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel	20
20. Hvordan beregner vi erstatning	20
Erstatning ved dødsfald	21
21. Betingelser	21
22. Forsikringen dækker	21
23. Forsikringen dækker ikke	22
Erstatning ved tandskade	22
24. Betingelser	22

25.	Forsikringen dækker	22
26.	Forsikringen dækker ikke	23
27.	Særlige betingelser for udbetaling	24
	Dobbelt erstatning	24
28.	Betingelser	24
29.	Dobbelt erstatning fra 30% invaliditet	24
30.	Bortfald fra det 75. år	24
	Farlig sport	24
31.	Betingelser	24
32.	Forsikringen dækker	24
33.	Forsikringen dækker ikke	25
	Fører af motorcykel	25
34.	Betingelser	25
35.	Forsikringen dækker	25
	Behandlingsudgifter	26
36.	Betingelser	26
37.	Hvornår dækker vi behandlingsudgifter	26
38.	Forsikringen dækker	26
39.	Forsikringen dækker ikke	26
40.	Særlige betingelser for udbetaling	26
	Ødelagte beklædningsgenstande	27
41.	Betingelser	27
42.	Forsikringen dækker	27
43.	Forsikringen dækker ikke	27
44.	Hvordan beregner vi erstatning	27
45.	Særlige betingelser for udbetaling	27
	Strakserstatning ved brud og overrivning	28
46.	Betingelser	28
46.1	Forsikringen dækker	28
46.2	Forsikringen dækker ikke	28
46.3	Erstatning	28

Tyggeskade.....	29
47. Betingelser	29
47.1 Forsikringen dækker	29
47.2 Når du opholder dig i udlandet	29
47.3 Erstatning	29
Ekstra hjælp.....	30
48. Betingelser	30
48.1 Forsikringen dækker	30
48.2 Maksimal dækning.....	31
49 AP Børne- og ungeforsikring	32
Afsnit 1 - Fælles bestemmelser	32
1.1 Forsikringen.....	32
1.2 Aftalegrundlaget.....	32
1.3 Oplysningspligt	34
1.4 Forsikringens ikrafttræden	34
1.5 Præmie	34
1.6 Pantsætning og anden overdragelse.....	35
1.7 Anmeldelse	35
1.8 Oplysninger.....	35
1.9 Skatte- og afgiftsforhold	36
1.10 Ophør af dækning.....	36
1.11 Opsigelse	36
1.12 Klager	37
Afsnit 2 - Livsforsikring.....	37
2.1 Livsforsikring.....	37
2.2 Dækningsbegrænsninger	38
2.3 Udbetaling	38
Afsnit 3 - Sygdomsforsikring til børn.....	39
3.1 Sygdomsforsikring	39
3.2 Mén	39
3.3 Forsikringens størrelse.....	40
3.4 Ingen dækning	40
3.5 Uenighed om méngraden.....	42

Afsnit 4 – Dækning ved visse kritiske sygdomme	42
4.1 Dækning ved visse kritiske sygdomme til børn.....	42
4.2 Begrænsninger i forsikringsdækningen	50
Afsnit 5 – Fortrydelsesret	52
50 AP Visse Kritiske Sygdomme	52
Afsnit 1 – Fælles bestemmelser	52
1.1 Forsikringen.....	52
1.2 Aftalegrundlaget.....	53
1.3 Oplysningspligt	54
1.4 Forsikringens ikrafttræden	54
1.5 Præmie	55
1.6 Pantsætning og anden overdragelse.....	55
1.7 Anmeldelse	55
1.8 Oplysninger.....	55
1.9 Skatte- og afgiftsforhold	56
1.10 Ophør af dækning.....	56
1.11 Opsigelse.....	56
1.12 Klager	56
Afsnit 2 – Dækninger.....	57
2.1 Dækning ved visse kritiske sygdomme	57
2.2 Begrænsninger i forsikringsdækningen	69
Afsnit 3 – fortrydelsesret.....	71

Opbygning og dækning

En ulykkesforsikring dækker dig, hvis du kommer alvorligt til skade forbindelse med en ulykke. Derfor mener vi hos Vejle Brand, at det er en af de vigtigste forsikringer, du bør have.

Ulykkesforsikringen hjælper dig blandt andet, hvis du er uheldig og aldrig kommer dig helt efter en ulykke. Det, som man også kalder, at få varige mén.

Du kan få udbetalt erstatning efter, hvor stor din méngrad er. Hvis du er under 75 år og så uheldig at få en méngrad på over 30%, fordobler vi din erstatning.

En ulykkesforsikring dækker:

- Erstatning for varigt mén på 5% eller 10% og derover
- Erstatning ved tandskade
- Behandlingsudgifter
- Ødelagte beklædningsgenstande

Du kan desuden tegne følgende tilvalgsdækninger:

- Død
- Farlig sport
- Fører af motorcykel
- Strakserstatning (Pr. 01.01.2024)
- Tyggeskade (Pr. 01.01.2024)
- Ekstra hjælp (Pr. 01.01.2024)
- AP UngeForsikring (Pr. 15.04.2025)
- AP Visse Kritiske Sygdomme (Pr. 15.04.2025)

Børneulykkesforsikringen i Vejle Brand indeholder udover den almindelige dækning en unik børneforsikring, som hedder AP BørneForsikring, med blandt andet dækning ved visse kritisk sygdomme.

Du har stor valgfrihed i valg af tilvalgsdækninger. Dine valg vil altid fremgå af din forsikringspolice.

Generelle bestemmelser

1. Hvem er omfattet

- 1.1 Forsikringen dækker de forsikrede personer, der er nævnt i policen. Ved forsikret (og medforsikret) mener vi de personer, på hvis liv og helbred forsikringen er tegnet.
 - 1.1.1 Ved børn mener vi personer, der ikke er fyldt 18 år. Et barn er kun forsikret, hvis barnets navn er nævnt på policen. Det er derfor nødvendigt, at du giver os besked, hvis forsikringen skal omfatte børn.

Nyfødte børn er dog gratis dækket, hvis en af forældrene har en ulykkesforsikring i Vejle Brand – også selvom barnets navn ikke er nævnt på policen. Dækningen gælder indtil barnet fylder 2 år, medmindre barnet allerede er omfattet af en anden ulykkesforsikring. Barnet er dækket ved tandskade og med en sum på 600.000 kr. ved invaliditet (beløbet indeksreguleres ikke). Dækningen omfatter også et beløb til begravelseshjælp, hvis barnet dør som følge af et ulykkestilfælde.
- 1.2 Erstatning for méngrad til umyndige udbetaler vi efter bestemmelserne i Værgemålsloven.

Når vi skriver du og dig, betyder det dig som forsikringstager samt personer, der i øvrigt er omfattet af forsikringen, medmindre vi særligt har skrevet at andet gælder.

2. Forsikringen dækker

- 2.1 Forsikringen dækker følger af et ulykkestilfælde sket i forsikringstiden.
- 2.2 Ved et ulykkestilfælde mener vi en pludselig hændelse, der forårsager personskade.
- 2.3 Som ulykkestilfælde anser vi også personskade som følge af drukning og insektbid samt ulykkestilfælde, hvor hovedårsagen er en af følgende hændelser:
 - Besvimelse og ildebefindende. Det vil sige kortvarige bevidsthedstab, hvor hovedårsagen til besvimelsen eller ildebefindendet ikke er sygdom eller sygdomsanlæg.

- Hedeslag
- Solstik
- Børnelammelse (poliomyelitis anterior acuta), som første gang er symptomgivende tidligst 30 dage efter, at forsikringen er trådt ikraft. Senfølger efter polio, dvs post polio-syndrom er IKKE dækket.

2.4 For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem hændelsen og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen – medicinsk set – er egnet til at forårsage personskaden, og om der er tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen og de relevante symptomers indtræden.

3. Forsikringen dækker ikke

3.1 Manglende årsagssammenhæng

For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden.

3.2 Sygdom m.m.

- 3.2.1 Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg (bortset fra ildebefindende eller besvimelse).
- 3.2.2 Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.
- 3.2.3 Skader på kroppen sket som følge af nedslidning.
- 3.2.4 Skader på kroppen sket som følge af en overbelastning, der ikke er pludselig.
- 3.2.5 Ulykkestilfælde, der skyldes smitte, f.eks. fra bakterier, virus, andre mikroorganismer eller lignende.
- 3.2.6 Forgiftning som følge af medicin, mad, drikke og nydelsesmidler.
- 3.2.7 Følger af tandlæge-, læge-, kiropraktor- eller andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.
- 3.2.8 Forudbestående invaliditet. Forudbestående invaliditet kan

ikke medføre, at erstatningen bliver fastsat højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været til stede.

Ved skade på parvise organer medfører dette, at méngraden uanset forudbestående invaliditet bliver fastsat, som om der kun foreligger invaliditet på det seneste beskadigede organ.

3.3 Senfølger

- 3.3.1 Forsikringen dækker ikke følger, herunder forværring af følger, der viser sig mere end 5 år efter, at ulykkestilfældet er indtrådt.

3.4 Psykisk mén

- 3.4.1 Dog dækker vi psykiske mén, hvis den fysiske invaliditet alene kan udløse erstatning. Ved fastsættelse af den samlede medicinske invaliditet – den fysiske og den psykiske invaliditet – kan invaliditetsprocenten for psykiske følger ikke overstige 8%.
- 3.4.2 Invaliditet i form af psykiske følger alene, er ikke dækket af forsikringen.

3.5 Forsæt, grov uagtsomhed, beruselse m.m.

- 3.5.1 Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde fremkaldt af dig ved:
- Forsætlige handlinger, herunder skader der er forudsigelige følger af handlinger, foretaget af dig.
 - Grov uagtsomhed.
 - Selvforskyldt beruselse.
 - Selvforskyldt påvirkning af narkotika eller andre rusmidler/giftstoffer.
 - Deltagelse i slagsmål eller ulovligheder.
 - Selvmordsforsøg.

Dette gælder uanset din sindstilstand eller tilregnelighed på ulykkestidspunktet.

3.6. Sport m.m.

- 3.6.1 Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, der er opstået under udøvelse af professionel sport. Det vil sige sport, du udøver mod betaling eller sponsorater, der sammenlagt overstiger 60.000 kr. årligt før skat (beløbet indeksreguleres ikke).

- 3.6.2 Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, der er opstået under udøvelse af eller deltagelse i farlig sport. Du kan købe en tilvalgsdækning for visse sportsgrene.

Med farlig sport mener vi:

- a. Cykel- og hestevæddeløb på bane, militaryridning eller lignende.
- b. Dykning med anvendelse af dykker- og frømandsudstyr.
- c. Kampsport som fx boksning, brydning, judo, karate, kick-boksning og lignende, hvor det egentlige formål med sporten er at ramme, nedlægge eller slå på en modstander eller ting.
- d. Bjergbestigning, rapelling, rafting, faldskærmsudspring, paragliding, hanggliding, isklating, parkour, ballonfart, drage-, ultralight- og svæveflyvning, kitesurfing, elastikspring eller andre sports- og fritidsaktiviteter, der kan side-stilles hermed.
- e. Motorløb, rallies, knallertløb, go-cartløb og racerbådsløb af enhver art, herunder træning. Dog dækker vi under lovligt afholdte orienterings-, præcisions- og økonomiløb og rallies, der bliver afholdt i Danmark uden for bane eller andet afspærret område.
- f. Ekspeditioner i polaregne, ørkner eller andre uciviliserede egne.
- g. Forsikringen dækker, uden tilvalg af tillægsdækningen "farlig sport" ved en **enkeltstående begivenhed**:

Deltager du i en aktivitet, som er nævnt under punkt 3.6.2 d eller e ved en enkeltstående begivenhed, vil en eventuel personskade være dækket. Ved en enkeltstående begivenhed mener vi ferie, deltagelse i polterabend og personlig mærkedag. Deltagelse i et firmaarrangement er også dækket, hvis du er omfattet af en heltidsulykkesforsikring hos os. Deltager du i sådanne aktiviteter jævnligt eller flere gange inden for et kvartal, skal du købe tilvalgsdækning. Dækningen er betinget af, at aktiviteten foregår under autoriserede forhold og under professionel instruktion.

3.7 Motorcykel

- 3.7.1 Hvis det ikke står på din police, at dækningen er udvidet til at omfatte risiko som fører af motorcykel, betaler vi i disse tilfælde kun halv erstatning.

- 3.7.2 Det er en forudsætning for dækningen, at du som fører har gyldigt kørekort til det pågældende køretøj.

3.8 Flyvning

Forsikringen dækker ikke flyvning i ikke nationalitetsbetegnede luftfartøjer.

3.9 Briller

Forsikringen dækker ikke skade på briller, uanset om du benytter dem i uheldsøjeblikket.

3.10 Rådgivning

Forsikringen dækker ikke udgifter til advokatbistand eller anden rådgivning.

3.11 Krig, jordskælv og atomskade.

- 3.11.1 Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, der direkte eller indirekte skyldes:
- Atomenergi.
 - Krig eller krigslignende tilstande, herunder borgerkrig. Forsikringen dækker dog ulykkestilfælde som følge af pludselig opstået krig eller krigslignende tilstande, herunder borgerkrig, der indtræffer i et land uden for Danmark, hvori du opholder dig i indtil 1 måned fra konflikten udbrud. Det er dog en forudsætning, at du ikke selv deltager i handlingerne.
 - Jordskælv i Danmark.

4. Hvor dækker forsikringen

- 4.1 Forsikringen dækker i Norden, Grønland og i alle EU's medlemslande.
- 4.2 Forsikringen dækker også under rejser og ophold af indtil 2 års varighed i resten af verden.
- 4.3 Til brug for at kunne vurdere, om en anmeldt skade er omfattet af forsikringen og en eventuel erstatnings størrelse, kan vi kræve en lægeundersøgelse i Danmark. Vi betaler for den lægelige undersøgelse, men ikke for transporten eller for udgifter til ophold mv. i forbindelse med lægeundersøgelsen.

- 4.4 Hvis læge-, tandlæge, fysioterapeut- eller kiropraktobehandling er påkrævet, kan vi forlange, at behandlingen skal finde sted i Danmark. Vi betaler ikke for transport eller udgifter til ophold mv. i forbindelse med behandlingen.

5. Hvornår dækker forsikringen

5.1 Heltidsulykkesforsikring

Heltidsulykkesforsikringen dækker ulykkestilfælde, der er sket både i arbejdstiden og i fritiden.

5.2 Fritidsulykkesforsikring

Fritidsulykkesforsikringen dækker ulykkestilfælde, der er sket i fritiden under forudsætning af, at din ugentlige arbejdstid udgør mindst 20 timer.

Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, der er sket under:

- Arbejde som selvstændig.
- Arbejde for andre. Det vil sige ulykkestilfælde, der er omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring, militær-, hjemmeværns- og civilforsvarstjeneste,
- Andre ulykkestilfælde, der er omfattet af den militære erstatningslov.

5.3 Børneulykkesforsikring

Børneulykkesforsikringen dækker hele døgnet for de børn, der er nævnt i din police. Forsikringen dækker derfor også ulykkestilfælde, der sker under arbejde for andre, medmindre de er undtaget nedenfor.

Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, der er sket under:

- Arbejde som selvstændig.
- Militær-, hjemmeværns- og civilforsvarstjeneste.
- Andre ulykkestilfælde, der er omfattet af den militære erstatningslov.

Børneulykkesforsikringen ophører den første hovedforfaldsdag efter, at barnet er fyldt 18 år.

6. Hvis der sker ændringer i risikoen

6.1 Heltidsulykkesforsikring

6.1.1 Du skal straks give os besked ved:

- Enhver ændring af arten eller omfanget af din beskæftigelse.
- Ophør med erhvervsmæssig beskæftigelse, uanset årsagen til ophøret. Vi skal dog ikke have besked om midlertidig arbejdsløshed i op til 12 mdr.

Vi vil herefter afgøre om forsikringen kan fortsætte og på hvilke vilkår.

6.1.2 Hvis du ikke giver os besked om ændringer, hæfter vi kun i det omfang, forsikringen ville have fortsat mod den aftalte pris.

6.2 Fritidsulykkesforsikring

6.2.1 Du skal straks give os besked, hvis:

- Du overgår til at være selvstændig erhvervsdrivende og dermed ikke er omfattet af Lov om Arbejdsskadesikring.
- Din ugentlige arbejdstid bliver ændret til mindre end 20 timer.
- Du er ophørt med at arbejde, uanset årsagen til ophøret.

Vi vil herefter afgøre om forsikringen kan fortsætte og på hvilke vilkår.

6.2.2 Hvis du ikke giver os besked om ændringer, hæfter vi kun i det omfang, forsikringen ville have fortsat mod den aftalte pris.

6.3 Børneulykkesforsikring

6.3.1 Du skal straks give os besked, hvis der efter forsikringens tegning, sker ændring i antallet af børn ved fødsel eller adoption.

7. Sådan betaler du forsikringen

7.1 Præmiebetaling

7.1.1 Første præmie inkl. ekspeditionsgebyr forfalder til betaling, når forsikringen træder ikraft, og senere præmier på de anførte forfaldsdage.

7.1.2 Vi opkræver præmien pr. girokort eller BS. Påkrav om betaling sender vi til den betalingsadresse, som du har oplyst.

- 7.1.3 Betaler du ikke præmien inden 21 dage efter påkrav om betaling, sender vi en opsigelse og opkræver samtidigt et ekspeditionsgebyr. Opsigelsen sender vi tidligst 14 dage efter forfaldsdagen. Betaler du ikke præmien inden 21 dage efter opsigelsen, bortfalder forsikringsdækningen.
- 7.1.4 Hvis din betalingsadresse ændrer sig, skal du straks give os besked.

8. Indeksregulering

- 8.1 Forsikringen er indeksreguleret. Forsikringen bliver reguleret en gang om året til hovedforfald. Hovedforfaldsdatoen kan du se på din police. Reguleringen sker i overensstemmelse med løn- og prisudviklingen.

9. Forsikringens varighed og opsigelse

- 9.1 Forsikringen er tegnet for en periode på ét år og bliver forlænget løbende for yderligere ét år ad gangen, medmindre du eller vi skriftligt opsiges forsikringen, med mindst én måneds varsel til en forsikringsperiodes udløb (hovedforfald).
- 9.2 Mod betaling af et gebyr, som du kan se på www.vejlebrand.dk, kan du vælge at opsiges forsikringen med 30 dages varsel til udløbet af en kalendermåned.
- 9.3 Fra den dag vi har modtaget en skadeanmeldelse og indtil 1 måned efter, at vi har betalt erstatning, afvist at dække skaden eller afsluttet skadesagen, kan både du og vi opsiges forsikringen skriftligt med 14 dages varsel.
- 9.3.1 Vi kan også vælge med 14 dages varsel, at ændre forsikringens vilkår, fx ved at begrænse dækningen eller forhøje prisen. Du kan vælge at lade forsikringen udgå fra det tidspunkt ændringen skal træde i kraft. Du skal give os skriftlige besked, hvis du ikke ønsker at forsætte forsikringen.

10. Ophør af forsikring

- 10.1 Hvis forsikrede er et barn og har en AP Børneforsikring, ophører forsikringsdækningen den første hovedforfaldsdag efter, at barnet er fyldt 18 år.
- 10.2 Hvis forsikrede er fyldt 18 år og har en AP Ungdomsforsikring, ophører forsikringsdækningen den dag forsikrede fylder 28 år.

- 10.3 Hvis forsikrede er fyldt 18 år og har en AP Visse Kritiske Sygdomme, ophører forsikringsdækningen den første hovedforfaldsdato efter, at forsikrede er fyldt 67 år.

11. Ankenævn og yderligere oplysninger

11.1 Klageansvarlig

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din sag for at få en revurdering. Hvis du efter en fornyet henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du kontakte vores klageansvarlige på:

Vejle Brand g/s
Att.: Klageansvarlig
Gormsgade 2, 7100 Vejle
Email: klage@vejlebrand.dk

Ankenævnet for Forsikring

Hvis du, efter modtagelse af svar fra vores klageansvarlige, stadig er utilfreds, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2, 1.
1572 København V
Telefon: 3315 8900
Email: ankeforsikring@ankeforsikring.dk

Klager til Ankenævnet for Forsikring skal du sende på et særligt klageskema, som du kan få hos:

Ankenævnet for Forsikring, eller
Forsikringsoplysningen (Forsikring & Pension)
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Telefon: 4191 9191

Klagevejledning kan du også finde på Ankenævnet for Forsikrings hjemmeside www.ankeforsikring.dk.

11.2 Lov om behandling af personoplysninger

Denne lov giver dig nogle rettigheder som forbruger. Du kan få indflydelse på, hvilken form for information, du ønsker at modtage fra os. Som en del af vores kundeservice holder vi dig orienteret om både nyskabelser og ændringer i relation til de forsikringer, som du allerede har. Det betyder, at du indimellem modtager information, som er adresseret direkte til dig, uden du har bedt om den.

Du kan fravælge uopfordret information adresseret til dig. Hvis du ikke vil have information om eksisterende og nye produkter, skal du blot give os besked. Det betyder dog samtidig, at vi ikke i alle tilfælde kan informere dig om fordelagtige eller alternative muligheder.

11.3 Adgang til personoplysninger

Som kunde hos os har du krav på at vide, hvilke personoplysninger, vi har registreret, og hvad vi bruger oplysningerne til.

Da du oprettede forsikring hos os, gav du visse personlige oplysninger: Dit navn og din adresse samt telefon- og CPR-nr., (hvis de er skrevet på forsikringsbegæringer eller skadeanmeldelser).

De oplysninger står nu i vores kunderegister, som vi bruger i vores løbende sagsbehandling.

Som nævnt har du ret til at få indsigt i de oplysninger, vi har registreret om dig. Du har også ret til evt. at berigtige oplysningerne. Hvis du ønsker indsigt, er du velkommen til at kontakte os. Husk venligst et kunde- eller policenummer, når du henvender dig.

11.4 Provision

Når en forsikring bliver tegnet igennem en af vores tegningskonsulenter eller samarbejdspartnere, kan disse modtage et vederlag (provision) for indtegnning eller henvisning af forsikringen.

12. Uenighed om méngradens størrelse

Hvis du ikke er enig i den méngrad, som vi har fastsat, kan du forlange spørgsmålet om méngradens størrelse forelagt Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES). Vi kan også vælge at forelægge sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES).

Den af parterne, der ønsker sagen forelagt Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES), betaler de omkostninger, der er forbun-

det med forelæggelsen, herunder udgifter til yderligere lægeerklæringer.

Hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) ændrer den af os fastsatte méngrad til fordel for dig, betaler vi altid omkostningerne.

Hvis skaden sker

13. Sådan anmelder du en skade

13.1 Anmeldelse af ulykkestilfælde

Du skal hurtigst muligt anmelde enhver skade til os. Anmeldelsen skal indeholde så udførlige oplysninger som muligt.

- 13.1.1 Det er en betingelse, at du anmelder ulykkestilfældet i forsikringstiden, eller ved forsikringens eller dækningens ophør, senest 6 måneder efter ophørsdatoen.
- 13.1.2 Hvis et ulykkestilfælde har medført døden, skal vi have besked om det inden 48 timer, da vi er berettiget til at kræve en obduktion.
- 13.1.3 Hvis et ulykkestilfælde bliver anmeldt for lang tid efter det er sket, kan retten til erstatning bortfalde, jf. lovgivningsmæssige forældelsesregler.
- 13.1.4 Du skal som tilskadekommen være under nødvendig behandling af læge og/eller tandlæge og følge dennes forskrifter.
- 13.1.5 Vi har ret til at indhente oplysninger hos enhver læge, der behandler eller har behandlet dig og til at lade dig undersøge af en læge valgt af os.
Vi betaler for de lægeattester, som vi beder om.
- 13.1.6 Ved tandskader skal behandling og pris være godkendt af os, inden du begynder behandlingen, medmindre der er tale om en akut nødbehandling.

13.2 Skadeopgørelse

Erstatningen beregner vi på grundlag af forsikringssummens størrelse, når skaden sker og efter de regler, der er beskrevet under de enkelte dækninger.

14. Udbetaling af erstatning

- 14.1 Erstatningen udbetaler vi, når vi har fået de oplysninger, der er nødvendige for at kunne bedømme skadens blivende følger (méngraden).

15. Genoptagelse af vurdering af méngrad

- 15.1 Fastsættelsen af méngraden kan blive genoptaget, hvis der opstår ændringer i din helbredstilstand, således at méngraden må antages at være væsentlig højere end først antaget. Dette gælder dog kun, såfremt kravet ikke er forældet efter lovgivningsmæssige forældelsesregler. Vi henviser i øvrigt til punkt 3.3 vedrørende senfølger.

Erstatning ved varigt mén

16. Betingelser

- 16.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

17. Forsikringen dækker

- 17.1 Hvis et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, gør at du bliver varigt invalideret, betaler vi erstatning.

18. Fastsættelse af méngrad

- 18.1 Méngraden fastsætter vi på et rent medicinsk grundlag, uden hensyn til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, dit erhverv eller andre individuelle forhold.
- 18.2 Méngraden fastsætter vi på grundlag af de lægelige oplysninger og i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) benytter på skadetidspunktet.
- 18.2.1 Hvis vi ikke direkte kan fastsætte méngraden efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) méntabel, fastsætter vi din medicinske méngrad på baggrund af din fysiske funktionshæmning.
- 18.3 Erstatningen skal fastsættes så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes. Det vil sige, når tilstanden er stationær, dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden.

- 18.4 Tilstanden betragter vi som stationær, når yderligere behandling ikke kan medføre nogen bedring af tilstanden.
- 18.5 Méngraden kan ikke overstige 100% for samme ulykkestilfælde.

19. Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel

- 19.1 Uenighed om méngraden, se punkt 12 under Generelle bestemmelser.
- 19.2 Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel kan du finde på www.aes.dk/Selvbetjening/Mentabel.

20. Hvordan beregner vi erstatning

- 20.1 Ménets omfang afgør erstatningens størrelse. Erstatningen udgør en procentdel af forsikringssummen svarende til den fastsatte méngrad. Udbetalingen sker som et engangsbeløb.
- 20.2 Udbetaling af erstatning sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet.
- 20.3 Méngraden fastsætter vi, når de endelige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes (se i øvrigt punkt 18.4).
- 20.4 Méngrad under den valgte invaliditetsdækning (5% eller 10%) berettiger ikke til erstatning. På din police kan du se, om forsikringen giver ret til udbetaling af erstatning ved en méngrad på mindst 5% eller mindst 10%.
- 20.5 Til børn betaler vi også erstatning ved:
- Direkte følger af børnelammelse og epidemisk meningitis.
 - Fuldstændigt tab af synsevnen på et eller begge øjne som følge af sygdom.
 - Fuldstændigt tab af høreevnen på et eller begge øre som følge af sygdom.

Dette gælder, selvom der ikke er tale om et ulykkestilfælde.

Det er dog et krav, at sygdommen ikke er medfødt, og at symptomerne tidligst har vist sig 30 dage efter forsikringen er trådt i kraft.

- 20.6 Erstatningen bliver betalt til den forsikrede. Hvis den forsikrede er umyndig, bliver erstatningen betalt efter bestemmelserne i Værgemålsloven.

- 20.7 For personer, der på ulykkestidspunktet er fyldt 75 år, nedsætter vi erstatningen til følgende procenter:

75 år	90%
76 år	80%
77 år	70%
78 år	60%
79 år +	50%

- 20.8 Børneulykkesforsikringen betaler ménerstatning efter tilsvarende regler, som nævnt under punkt 20.1 – 20.5. Erstatningen udbetaler vi efter bestemmelserne i Værgemålsloven, jf. punkt 1.2.

Er barnet fyldt 18 år på udbetalingstidspunktet, tilfalder erstatningen barnet.

Erstatning ved dødsfald

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt.

21. Betingelser

- 21.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 – 15.

22. Forsikringen dækker

- 22.1 Dækningen giver ret til erstatning ved dødsfald, der er en direkte følge af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, når dødsfaldet sker indenfor et år efter ulykkestilfældet.
- 22.2 Et ulykkestilfælde giver ikke ret til erstatning for både død og varigt mén.
- 22.2.1 Hvis der er udbetalt erstatning for mén for samme ulykkestilfælde, fratrækker vi dette beløb i erstatningen.
- 22.3 Vi kan betale en straks-erstatning ved død, senest 10 arbejdsdage efter, at vi har modtaget anmeldelsesblanket og dødsattest med angivelse af dødsårsag. Beløbet er på 10% af forsikringssummen ved død – maks. 92.100 kr. (indeks 2026). Beløbet betaler vi til din efterladte ægtefælle, registreret partner, samlever eller en begunstiget, der er nævnt i policen. Beløbet bliver fratrullet i den endelige erstatning.

- 22.4 Såfremt du ikke skriftligt har meddelt os andet, udbetaler vi forsikringssummen til dine nærmeste pårørende, jf. Forsikringsaftaleloven § 105a.
- 22.5 Udbetaling af erstatning sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet.
- 22.6 Var afdøde fyldt 75 år, nedsætter vi dødserstatningen til følgende procenter af forsikringssummen:
- | | |
|---------|-----|
| 75 år | 90% |
| 76 år | 80% |
| 77 år | 70% |
| 78 år | 60% |
| 79 år + | 50% |
- 22.7 På børneulykkesforsikringen betaler vi, i tilfælde af dødsfald som følge af et ulykkestilfælde, kun begravelseshjælp på 50.000 kr. (beløbet indeksreguleres ikke).

23. Forsikringen dækker ikke

- 23.1 Dødsfald der har naturlige årsager, eller hvor årsagen til dødsfaldet er ukendt.

Erstatning ved tandskade

Se særlige regler for tilvalgsdækningen **Tyggeskade** under punkt 47.

24. Betingelser

- 24.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

25. Forsikringen dækker

- 25.1 Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling som følge af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.
- 25.2 Tandskadedækningen omfatter også tandproteser, der bliver beskadiget i forbindelse med et ulykkestilfælde, når protesen sidder på plads i munden, og når ulykkestilfældet i øvrigt har medført legemsbeskadigelse.

- 25.3 En tandskade kan ikke medføre større erstatning end det beløb, der svarer til den nødvendige behandling af en sund tand. Dette gælder uanset, om en beskadiget tand eventuelt er led i en bro, at nabotænder mangler, eller en beskadiget tand i forvejen er svækket.
- 25.4 Var tændernes eller protesens tilstand forringet eller svækket inden ulykkestilfældet, f.eks. som følge af fyldninger, genopbygning, rodbehandling, caries, slid, fæstetab, paradentose eller andre sygdomme, reduceres eller bortfalder erstatningen svarende til forringelsens omfang i forhold til velbevarede tænder og proteser.
- 25.5 Tandskadedækningen omfatter én optimal behandling af skaden på det tidspunkt, hvor skaden kan udbedres. Når vi har betalt udgiften til denne behandling, betragter vi behandlingen som færdig, og vi betaler ikke erstatning til yderligere behandling, efterbehandling eller udskiftning på et senere tidspunkt.
- 25.6 Medmindre andet er skriftligt aftalt, gælder følgende:
 - 25.6.1 For voksendækning, at behandlingen skal være afsluttet senest 3 år efter skadetidspunktet.
 - 25.6.2 For børnedækningen, at færdigbehandling skal være afsluttet inden barnets fyldte 25. år.

26. Forsikringen dækker ikke

- 26.1 Udgifter der kan betales fra anden side, f.eks. sygesikringen, arbejdsskadeforsikringen, den offentlige børnetandpleje eller anden syge- og ulykkesforsikring.
- 26.2 Udgifter til reparation eller almindelig vedligeholdelse af tænder, der allerede er blevet repareret efter et ulykkestilfælde.
- 26.3 Følgeudgifter efter skade, så som udgifter til medicin, forbindinger, bandager, bideskinner, tandbøjler, hjælpemidler og lignende.
- 26.4 Tandskade opstået ved tygning eller spisning dækker vi ikke. Dette gælder uanset årsagen til tandskaden.
Du kan tegne tilvalgsdækningen **Tyggeskade**.
- 26.5 Selvom forsikringen er udvidet med dækning for Farlig Sport, er tandskader opstået i forbindelse med selvforsvar og kamp-

sport som fx boksning, brydning, judo, karate, kick-boksning og lignende, hvor det egentlige formål med sporten er at ramme, nedlægge eller slå på en modstander eller ting, ikke dækket af forsikringen.

27. Særlige betingelser for udbetaling

- 27.1 Vi skal godkende behandlingen og prisen, inden du begynder behandlingen, medmindre der er tale om akut nødbehandling.

Dobbelt erstatning

28. Betingelser

- 28.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

29. Dobbelt erstatning fra 30% invaliditet

- 29.1 Vi udbetaler dobbelt erstatning, når et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, medfører en méngrad på 30% eller derover.

30. Bortfald fra det 75. år

- 30.1 Retten til dobbelt erstatningen bortfalder automatisk fra du fylder 75 år.

Farlig sport

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt.

31. Betingelser

- 31.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

32. Forsikringen dækker

- 32.1 Ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, sket i forbindelse med farlig sport:
- a. Cykel- og hestevæddeløb på bane, militaryridning eller lignende.

- b. Dykning med anvendelse af dykker- og frømandsudstyr.
 - c. Kampsport som fx boksning, brydning, judo, karate, kick-boksning og lignende, hvor det egentlige formål med sporten er at ramme, nedlægge eller slå på en modstander eller ting.
 - d. Rapelling, rafting, ballonfart og svæveflyvning.
 - e. Motorløb, rallies, knallertløb, go-cartløb og racerbådsløb af enhver art, herunder træning.
- 32.2 Invaliditets erstatning i henhold til punkt 16 – 20.
- 32.3 Erstatning for dødsfald i henhold til punkt 21 – 23, hvis det står på din police, at forsikringen omfatter dødsfalddækning.
- 32.5 Tandskader i henhold til punkt 24 – 27. Se dog punkt 33.

33. Forsikringen dækker ikke

- 33.1 Tandskader der er sket under sportsgrene, der er nævnt i punkt 32.1 c, er ikke omfattet af dækningen.

Fører af motorcykel

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt.

34. Betingelser

- 34.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 – 15.

35. Forsikringen dækker

- 35.1 Ved skade som fører af motorcykel udbetaler vi fuld erstatning ved dækningsberettigede skader, som medfører varigt mén eller død i henhold til punkt 16 – 23.
- 35.2 Præmien bliver reguleret i overensstemmelse med ændringen fra det tidspunkt, hvor vi får besked om ændringen.
- 35.3 Ved et ulykkestilfælde, sket på et køretekniske kursus på bane, udbetaler vi erstatning på baggrund af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet. Den maksimale forsikringssum ved invaliditet er begrænset til 1.000.000 kr. (beløbet indeksreguleres ikke).

Behandlingsudgifter

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt.

36. Betingelser

- 36.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

37. Hvornår dækker vi behandlingsudgifter

- 37.1 Forsikringen dækker, når et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, er direkte årsag til, at du får udgifter til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor.

38. Forsikringen dækker

- 38.1 Behandling hos fysioterapeut (lægehenvist), kiropraktor, osteopat medlem af Danske Osteopater, RAB-godkendt akupunktør eller RAB-godkendt zoneterapeut, såfremt behandlingen efter en lægelig vurdering har en helbredende effekt. Vi betaler ikke udgifter til andre behandlinger. Behandlingen skal være påbegyndt senest 6 måneder efter ulykkestilfældet.

39. Forsikringen dækker ikke

- 39.1 Udgifter, der kan betales fra anden side, f.eks. sygesikringen, arbejdsskadeforsikringen eller anden syge- og ulykkesforsikring.
- 39.2 Udgifter til behandling for overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken.

40. Særlige betingelser for udbetaling

- 40.1 Behandlingen og prisen skal være godkendt af os, inden du begynder behandlingen, medmindre der er tale om akut nødbehandling.
- 40.2 Den samlede godtgørelse af udgifter er begrænset til 20.000 kr. (beløbet indeksreguleres ikke).
- 40.3 Vi betaler udgifter, indtil tilstanden er stationær, eller méngraden er fastsat, dog aldrig længere end 1 år efter ulykkestilfældet.

Ødelagte beklædningsgenstande

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt.

41. Betingelser

- 41.1 For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

42. Forsikringen dækker

- 42.1 Udgifter til enten reparation eller anskaffelse af beklædningsgenstande, herunder sko og støvler (f.eks. alm. fodtøj, skistøvler o.l.). Ødelæggelsen skal være en direkte følge af, at beklædningsgenstandene bliver skåret eller klippet op på skadestue eller hos lægen som et nødvendigt led i forbindelse med behandling og/eller undersøgelse i anledning af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

43. Forsikringen dækker ikke

- 43.1 Udgifter, der kan betales fra anden side, f.eks. sygesikringen, arbejdsskadeforsikringen eller anden syge- og ulykkesforsikring.
- 43.2 Hvis du har tegnet forsikring mod samme risiko i andet selskab.

44. Hvordan beregner vi erstatning

- 44.1 Erstatning for de ødelagte beklædningsgenstande fastsætter vi til genanskaffelsesprisen for tilsvarende nye ting med rimeligt fradrag for værdiforringelse som følge af alder, brug, nedsat anvendelighed eller andre omstændigheder.

45. Særlige betingelser for udbetaling

- 45.1 Erstatningen kan højst udgøre 20.000 kr. (beløbet indeksreguleres ikke).

Strakserstatning ved brud og overrivning

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt. Mulig tilvalg pr. 01.01.2024.

Du kan købe denne tilvalgsdækning, indtil du fylder 70 år.

46. Betingelser

For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

46.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker ulykkestilfælde, hvor der opstår:

1. Et knoglebrud
2. Helt eller delvist overrevet korsbånd
3. Total overrevet akillessene
4. Total overrevet sideledbånd i knæ

Ved knoglebrud mener vi brud på kranie, kraveben, skulder, over- og underarm, albue, håndled, mellemhånd, ryg, haleben, bækken, hofte, lår, underben, knæ, ankel og mellemfod. Brud, overrivning af sideledbånd og akillessene skal være konstateret ved røntgenundersøgelse (for brud) eller skanning (for akillessenen og ledbånd) og dokumenteret i skadestue- eller lægejournal. Korsbåndsskader skal være konstateret ved skanning eller kikkertoperation.

46.2 Forsikringen dækker ikke

1. Andre typer af ledbåndsskader, brud på fingre, tæer, ribben eller andre knogler, som ikke er nævnt ovenfor.
2. Træthedsbrud/stress-fraktur.

46.3 Erstatning

46.3.1 Vi betaler et engangsbeløb på 12.000 kr. for ét brud eller én overrivning og 18.000 for flere samtidige brud eller overrivninger ved samme ulykkestilfælde. Beløbene indeksreguleres ikke.

46.3.2 Strakserstatningen betaler vi, uanset om der er varige følger, og der senere fastsættes en menprocent.

46.3.3 Udbetaling for strakserstatning sker altid til forsikringstager. Det betyder, at pengene udbetales til din disposition – og ikke til forvaltning, såfremt forsikringen dækker dit umyndige barn.

Tyggeskade

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt. Mulig tilvalg pr. 01.01.2024.

47. Betingelser

For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 – 15.

47.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling, når skaden er sket ved spisning eller tygning, dog maksimalt 50 % af udgiften.

Forsikringen dækker på samme måde udgifter til skade på tandproteser, imens proteserne sidder i munden.

47.2 Når du opholder dig i udlandet

Vi kan stille krav om, at tandbehandling skal ske i Danmark. Det samme gælder, når det skal vurderes, om forsikringen dækker.

Vi betaler for undersøgelsen hos tandlægen, men ikke for transport eller udgifter til ophold.

Erstatningen udbetales i danske kroner.

47.3 Erstatning

47.3.1. Vi betaler rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling, når skaden sker ved spisning eller tygning.

Ved rimelige og nødvendige udgifter forstår vi udgifter til genopretning af samme tandstatus som før skaden.

47.3.2 Bliver udgiften til tandbehandling erstattet fra anden side, fx af arbejdsskadesikringen eller en sygeforsikring, dækker denne forsikring ikke.

47.3.3 Behandlingen skal ske hos en tandlæge, der har overenskomst med sygesikringen.

47.3.4 Erstatningen kan blive sat ned eller bortfalde, hvis tandens eller protesens tilstand inden ulykkestilfældet var forringet.

Forringelserne kan være opstået som følge af fyldninger, caries, genopbygning, rodbehandling, slid, paradentose, fæstetab eller andre sygdomme i tænderne og i de omgivende knogler.

- 47.3.5 Hvis en beskadiget tand er et led i en bro, eller nabotænder mangler eller er forringet jf. punkt 47.3.4 kan erstatningen ikke overstige, hvad der svarer til en nødvendig behandling af en sund tand.
- 47.3.6 Vi betaler ikke for almindelig vedligeholdelse eller reparation af tænder, som er repareret tidligere i forbindelse med et ulykkestilfælde, og hvor denne udgift er betalt af forsikringen.
- 47.3.7 Forsikringen dækker udgiften til én endelig behandling pr. tand.
- 47.3.8 Senfølger dækkes ikke af forsikringen.
- 47.3.9 Forsikringen dækker ikke følgeudgifter efter en tandskade, så som udgifter til bandager, bideskinner, forbindinger, hjælpe-midler, medicin og tandbøjler.
- 47.3.10 Forsikringen dækker ikke udgifter til tandbehandling, der ikke er afsluttet senest fem år efter, at ulykkestilfældet er sket.
- 47.3.11 Ved tyggeskader i overensstemmelse med ovenstående på børns tænder, der er sket inden barnet fyldte 18 år, dækkes ikke udgifter til tandbehandling, som foretages efter den dag, hvor barnet er fyldt 25 år.

Ekstra hjælp

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt. Mulig tilvalg pr. 01.01.2024.

48. Betingelser

For denne dækning gælder nedenstående betingelser samt de Generelle bestemmelser beskrevet i punkt 1 - 15.

48.1 Forsikringen dækker

48.1.1 Transport ved behandling/genoptræning

I forbindelse med et dækningsberettiget ulykkestilfælde dækker forsikringen rimelige og dokumenterede udgifter til transport til og fra behandlingssteder i Danmark. Det er en betingelse for dækningen, at behandlingen er dækket af ulykkesforsikringen, jf. punkterne 36-40 vedrørende behandlings-

udgifter.

Kørsel i egen bil til og fra behandlingsstedet dækkes pr. kørt kilometer med Statens lave takst for skattefri kørselsgodtgørelse. Ved anvendelse af offentlig transportmiddel til og fra behandlingsstedet dækkes for den faktiske afholdte transportudgift.

Forsikringen dækker maksimalt 5 transporter til og fra behandlingsstedet pr. ulykkestilfælde.

48.1.2 **Indlæggelsesdækning**

Hvis du er indlagt på hospital i mere end 3 dage som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, kan du få udbetalt 250 kr. pr. dag. Beløbet indeksreguleres ikke.

Dækningen gælder også, hvis du er i eget hjem, men fortsat er indlagt.

Vi udbetaler erstatning fra 4. dagen og indtil udskrivelse.

48.1.3 **Hjælp i hjemmet**

Hvis du som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde er væsentligt hæmmet i udførelsen af normale daglige huslige gøremål, kan du få udbetalt 2.500 kr. til dækning af dokumenterede ekstraudgifter, f.eks. rengøringshjælp. Beløbet indeksreguleres ikke.

Det er en forudsætning for dækning, at hjælp til udførelsen af de normale daglige huslige gøremål er nødvendig som følge af din helbredstilstand efter ulykken.

48.1.4 **Udgifter til medicin**

I forbindelse med et dækningsberettiget ulykkestilfælde dækker forsikringen udgifter til relevant lægeordineret medicin.

Forsikringen dækker udgifterne i op til 6 måneder.

48.2 Maksimal dækning

Ekstra hjælp dækker højst 10.000 kr. pr. ulykkestilfælde. Beløbet indeksreguleres ikke.

49 AP Børne- og ungeforsikring

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt.

Afsnit 1 – Fælles bestemmelser

1.1 Forsikringen

Forsikring er oprettet på grundlag af aftale mellem Vejle Brand, hvor den forsikrede 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 (AP Pension)
Østbanegade 135
2100 København Ø
CVR-nr. 18530899
www.appension.dk

AP Pension er underlagt offentlig 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 ad-færd/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 forsikrings-dæknings 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 måneders varsel opsige forsikringen pr. ændringsdagen, således at forsikringsdækningen bortfalder pr. denne dato.

Definitioner:

Forsikringstageren er den, der har indgået forsikringsaftalen med Vejle Brand og 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 værge 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 retsfølgning.

1.7 Anmeldelse

Forsikrede, forsikringstager eller andre berettigede skal anmelde krav til Vejle Brand 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, journalud-

skrifter 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 Vejle Brand 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 forfaldsmåned, 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

Vejle Brand 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

Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede, forsik-

ringstager eller andre berettigede og AP Pension, og fornyet henvendelse ikke fører til tilfredsstillende resultat, kan forsikrede, forsikringstager eller den berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring.

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

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 den 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 ægteskabsliggende 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 nedsettelse af erhvervsevnen, forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Følgende sygdomme dækkes 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, muskel dystrofi).

- 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 Vejle Brand og inden sygdommens følger er endeligt bestemt, skal forsikrede eller forsikringstager anmelde forværringen til Vejle Brand 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:

- f. Psykiske sygdomme ICD F00-F69 (f.eks. psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).
- g. 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 fareforølgelse. 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 § 17 og eventuelle relevante bestemmelser i § 19.

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. 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.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

C. KRONISK HJERTESVIGT 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.

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 hjernebinderne, 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 angioma), 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, rygmarg eller disse organers hinde (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 (Schwanomer).

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

G. MULTIPLE (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 synsnerve-udfald (opticuseuritis) 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 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.

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 protei-net, 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, 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.

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 transplantation, 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 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:

- A. Ved sygdom, der viser symptomer eller diagnosticeres, før forsikringen er trådt i kraft.

- B. 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.
- C. 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.
- D. 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.
- E. 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.
- F. 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.
- G. 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.
- H. Ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område.
- I. Hvis forsikrede eller forsikringstager ikke har anmeldt kritisk sygdom inden forsikredes død.
- J. 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.

50 AP Visse Kritiske Sygdomme

Gælder kun såfremt det fremgår af din police, at denne dækning er valgt.

Afsnit 1 – Fælles bestemmelser

1.1 Forsikringen

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme er oprettet på grundlag af aftale mellem Vejle Brand, hvor den forsikrede har tegnet forsikringen, og AP Pension.

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

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

Selskabet er underlagt offentlig tilsyn.

Dansk ret, herunder forsikringsaftaleloven, gælder for aftalen.

1.2 Aftalegrundlaget

Betingelserne træder i kraft 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 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.

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

1.3 Oplysningspligt

Forsikrede bliver optaget i og er omfattet af forsikringen ved Visse Kritiske Sygdomme på grundlag af oplysninger, som Det selskabet modtager fra forsikrede og forsikringstager.

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

Ved ændring af forsikringen ved Visse Kritiske Sygdomme gælder samme regler som ved optagelse i forsikringen 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 afgået 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 dækning

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. afsnit 1.11.

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme ophører tillige, hvis præmien ikke betales rettidigt, jf. afsnit 1.5.

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

1.11 Opsigelse

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

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

1.12 Klager

Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede, forsikringstager eller andre berettigede og AP Pension, og fornyet henvendelse ikke fører til tilfredsstillende resultat, kan forsikrede, forsikringstager eller den berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring.

Klager kan – mod betaling af et gebyr til Ankenævnet – indsendes på et særligt klageskema, der kan rekvireres hos Vejle Brand, AP Pension, 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 afgået 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 modermærkekræft stadie IB-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 brystsmerter),
- 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 ÅRE-FORSNÆVRING I KRANSPULSÅRERNE (BYPASSOPERATION (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. 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.

E. KRONISK HJERTESVIGT MED BETYDELIG NEDSAT FUNKTIONS-
EVNE

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 pace-makersystem (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 TILLUK-
NING, BRISTNING ELLER STØRRE LOKAL UDVIDELSE MED INDI-
KATION 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 (instinctio cordis) fremkaldt af ventrikelflimmer eller ventrikulær takykardi (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 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).

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, rygmarg 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-/hjernenerv, herunder syns- eller hørenerven,
- Granulomer eller isolerede cyster uden anden patologi,

- Hypofyseadenomer og Acusticus neurinomer (Schwannomer).

K. 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.

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, RY- STELAMMELSE) 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 sandsynlig Alzheimers sygdom (NINCDS-ADDA) 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, hjernenervrødder 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 muskelsvind sygdom kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og muskelkraft. Eksempler på disse sygdomme er Duchenne og Becker muskeldystrofi, facioskapulohumeral muskeldysstrofi, 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 infekti-

onsmedicinsk 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. TOTAL DØVHED – 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 fareforøvelse 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