



Sørg for ro i økonomien, hvis dit barn bliver sygt eller dør



Børnepakke
Forsikringsbetingelser



Børnepakke Forsikringsbetingelser

AFSNIT 1. FÆLLES BESTEMMELSER

§ 1. FORSIKRINGEN

Stk. 1. Børnepakken er oprettet på grundlag af aftaler mellem nærpension og AP Pension.

Stk. 2. Børnepakken består af en samlet forsikringsdækning for børn ved død, Visse Kritiske Sygdomme samt Sygdomsforsikring i

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

Stk. 3. AP Pension er underlagt offentligt tilsyn.

Stk. 4. Dansk ret, herunder forsikringsaftaleloven, gælder for aftalen.

§ 2. AFTALEGRUNDLAGET

Stk. 1. Betingelserne træder i kraft den 1. maj 2015, dog tidligst fra det tidspunkt, hvor forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen.

Stk. 2. Børnepakken kan kun tegnes af barnets værge, hvis denne også har tegnet forsikringsdækningerne:

- Kundeforsikring - Lån & Kredit og
- Forsikringsdækning ved Visse Kritiske Sygdomme

eller

- Livsforsikring og
- Forsikringsdækning ved Visse Kritiske Sygdomme

Stk. 3. AP Pension kan ændre betingelserne, hvis:

- ændringen aftales med nærpension, eller
- det er nødvendigt, for at AP Pension kan overholde lovgivning og tilhørende praksis, eller
- grundlag for beregning af forsikringen ændrer sig, eller
- ændringen ikke har væsentlig betydning for produkter og forsikring.

Stk. 4. Forsikrede og dennes værge oplyses om skærpende ændringer af betingelserne med 1 måneds varsel til udgangen af et kalenderår.

§ 3. OPLYSNINGSPLIGT

Stk. 1. Barnet, som er forsikret bliver optaget i og er omfattet af Børnepakken på grundlag af oplysninger, som AP Pension modtager fra pengeinstituttet, nærpension, forsikrede og dennes værge.

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

§ 4. FORSIKRINGENS IKRAFTTRÆDEN

Forsikringsdækningen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i begæringen.

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

§ 5. PRÆMIE

Stk. 1. Præmien forfalder helårligt forud hver den 1. januar og indbetales til AP Pension via pengeinstituttet, som hæver præmiebeløbet på forsikredes værges konto i pengeinstituttet. Hvis der ikke er dækning på kontoen, ophører forsikringsdækningen den sidste dag i forfaldsmåneden, såfremt præmien ikke senere bliver betalt rettidigt i henhold til forsikringsaftalelovens regler herom.

Stk. 2. AP Pension fastsætter præmien for et år ad gangen ud fra grundlag og tariffer, hvor der bl.a. indgår antagelser om rente, risiko og omkostninger.

Stk. 3. Præmien, som opkræves, er reduceret med eventuel bonus.

Stk. 4. 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.

Stk. 5. AP Pension kan også ændre grundlag eller tarif i forbindelse med ændring af forsikringsbetingelserne.



Børnepakke Forsikringsbetingelser

Stk. 6. Forsikrede oplyses om ændringer af grundlag eller tarif med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 7. Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning.

Stk. 8. Der sker ingen tilbagebetaling af præmie ved forsikringens ophør eller ved udbetaling midt i en præmieperiode.

Stk. 9. Overgår vægemålet over det forsikrede barn til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, skal dette meddeles til pengeinstituttet. Den nye værge kan overtage forsikringen, hvilket tilsvarende skal meddeles pengeinstituttet af hensyn til følgerne ved manglende præmiebetaling.

§ 6. PANTSÆTNING OG ANDEN OVERDRAGELSE

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

§ 7. ANMELDELSE

Stk. 1. Forsikrede eller dennes værge eller andre berettigede skal anmelde et krav til AP Pension hurtigst muligt.

Stk. 2. Krav mod AP Pension forældes efter dansk rets regler om forældelse.

§ 8. OPLYSNINGER

Stk. 1. Forsikrede, forsikredes værge eller andre berettigede skal give AP Pension adgang til oplysninger, som er nødvendige for, at AP Pension kan vurdere retten til udbetaling. Hvis oplysningerne er ufuldstændige, kan udbetaling ikke finde sted.

Stk. 2. Det kan blandt andet være nødvendigt, at forsikredes værge 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 hos læger, der behandler eller har behandlet forsikrede.

Stk. 3. AP Pension behandler alle oplysninger efter regler, som findes i lovgivningen. Medarbejderne i AP Pension og hos pengeinstituttet har tavshedspligt om forsikredes forhold, og må kun videregive oplysninger herom, hvis forsikrede eller dennes værge har godkendt, at der sker videregivelse, eller hvis lovgivningen giver adgang til at videregive oplysninger.

§ 9. SKATTE- OG AFGIFTSFORHOLD

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

§ 10. OPSIGELSE

Stk. 1. Nærpension og AP Pension kan opsigte aftalerne, som ligger til grund for Børnepakken med 1 måneds skriftligt varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 2. Forsikringstager kan opsigte Børnepakken med 1 måneds skriftligt varsel til udgangen af et kalenderår. Dog bortfalder forsikringsdækningen senest samtidig med bortfald af den tilknyttede forsikring hos, jf. § 2, stk. 2, AP Pension.

§ 11. KLAGER

Stk. 1. Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede, dennes værge eller andre berettigede og AP Pension, og fornyet henvendelse ikke fører til tilfredsstillende resultat, kan forsikrede eller den berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring.

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

AFSNIT 2. GRUPPELIVSFORSIKRING

§ 12. OPHØR AF DÆKNINGEN

Stk. 1. Dødsfaldssum til børn ophører ved udgangen af det kalenderår, hvor

- forsikrede fylder 18 år, jf. udløbsalderen, som fremgår af forsikringsbeviset,
- forsikringen er opsagt, jf. § 10,
- værgens konto i det kontoførende pengeinstitut udgår.

Stk. 2. Dødsfaldssum til børn ophører tillige med udgangen af forfaldsmåneden, hvis præmien ikke betales, jf. § 5.

Stk. 3. Hvis forsikringen er tegnet i tilknytning til et andet forsikringsprodukt, ophører forsikringen samtidig med den tilknyttede forsikrings ophør.



Børnepakke Forsikringsbetingelser

Stk. 4. Hvis værgeren afgår ved døden i forsikringstiden, kan forsikringen overtages af en eventuel ny værger.

Stk. 5. Når dækningen ophører, vil forsikringen ikke have opnået nogen værdi.

§ 13. GRUPPELIVSFORSIKRING

Stk. 1. Forsikrede er det barn, der med navn og fødselsdato er anført på forsikringsbeviset.

Stk. 2. Dødsfaldssum til børn er oprettet som en gruppelevsfor- sikring uden opsparing, en såkaldt risikoforsikring hvor forsik- ringssummen alene udbetales ved forsikredes død, så længe denne er omfattet af forsikringen.

Stk. 3. Det er uden betydning, om døden skyldes ulykke eller sygdom.

Stk. 4. Gruppelivsforsikring dækker hele døgnet og i hele verden.

Stk. 5. AP Pension udbetaler forsikringssummen til værgeren. Hvis forsikrede er myndig ved forsikringsbegivenhedens indtræden, udbetaler AP Pension forsikringssummen til forsikredes »nærmeste pårørende« efter reglerne i forsikrings- aftaleloven, medmindre andet er skriftligt meddelt nær- pension.

Stk. 6. »Nærmeste pårørende« er på forsikringer oprettet den 1. januar 2008 eller senere, i prioriterede rækkefølge:

- ægtefælle eller registreret partner
- samlever*
- livsarvinger - børn, børnebørn mv.
- arvinger ifølge testamente
- øvrige arvinger.

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

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

Stk. 7. Retten til udbetaling bortfalder, hvis der ikke findes en berettiget ifølge særlig begunstigelsesbestemmelse, gruppelevs- aftalens begunstigelsesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

§ 14. DÆKNINGSBEGRÆNSNINGER

Stk. 1. 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 farefor- øgelse. Ved død uden for dansk område gælder begrænsnin- gen 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.

Stk. 2. Endvidere dækker forsikringen ikke:

- Dødsfald, der indtræder i forsikringstiden inden, at forsikre- de er fyldt 1 år.
- Dødsfald, som skyldes medfødte sygdomme og/eller syg- domme, der er indtrådt inden, at forsikrede er fyldt 1 år.

§ 15. UDBETALING

Stk. 1. Gruppelivsforsikring opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

AFSNIT 3. SYGDOMSFORSIKRING TIL BØRN

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

§ 16. OPHØR AF DÆKNINGEN

Stk. 1. Sygdomsforsikring til børn ophører ved udgangen af det kalenderår, hvor

- forsikrede fylder 18 år, jf. udløbsalderen, som fremgår af forsikringsbeviset,
- forsikringen er opsagt, jf. § 10



Børnepakke Forsikringsbetingelser

- værgens konto i det kontoførende pengeinstitut udgår.

Stk. 2. Sygdomsforsikring til børn ophører tillige med udgangen af forfaldsmåneden, hvis præmien ikke betales, jf. § 5.

Stk. 3. Hvis forsikringen er tegnet i tilknytning til et andet forsikringsprodukt, ophører forsikringen samtidig med den tilknyttede forsikrings ophør.

Stk. 4. Hvis værgeren afgår ved døden i forsikringstiden, kan forsikringen overtages af en eventuel ny værger.

Stk. 5. Når dækningen ophører, vil Sygdomsforsikring til børn ikke have opnået nogen værdi.

§ 17. SYGDOMSFORSIKRING

Stk. 1. Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde.

Stk. 2. Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:

- a. Fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft.
- b. Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning.

Stk. 3. 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.

Stk. 4. Når en sygdom er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5% udbetales der erstatning, jf. dog stk. 3. Der skal være tale om varigt mén.

Stk. 5. Følgende sygdomme dækker først ved en méngrad på mindst 25%:

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

d. Mén som følge af misdannelser og kromosomafvigelser ICD Q00-Q99 (fx misdannelser af de indre organer).

§ 18. MÉN

Stk. 1. Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til AP Pension.

Stk. 2. AP Pension fastsætter méngraden efter samme mén-tabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring benytter på skadetidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.

Stk. 3. Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings mén-tabel, fastsætter AP Pension forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for mén-tabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

Stk. 4. I alle tilfælde fastsætter AP Pension méngraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsvenen, forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Stk. 5. Et bestående mén kan ikke medføre, at méngraden ansættes højere, end hvis det ikke havde været til stede.

Stk. 6. Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad.

§ 19. FORSIKRINGENS STØRRELSE

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

Stk. 2. Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov.

Stk. 3. Når en forsikringsbegivenhed giver ret til udbetaling i henhold til sygdomsforsikring til børn, kan der ikke senere ske udbetaling på grundlag af samme sygdomstilfælde, selvom méngraden øges.

§ 20. INGEN DÆKNING

Stk. 1. Dækningen omfatter ikke:



Børnepakke Forsikringsbetingelser

- 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.

Stk. 2. Sygdomme, der er defineret af nedenstående ICD-koder, dækkes aldrig af forsikringen, ligesom der heller ikke ydes erstatning for følger af disse sygdomme:

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

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

Stk. 3. Forsikringen dækker ikke ved mén efter sygdom, som er en følge af:

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

Stk. 4. 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.

Stk. 5. 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 mén-

graden, uanset forudbestående mén, fastsættes, som om der alene foreligger mén på det senest beskadigede organ.

Stk. 6. Dækning kan endvidere bortfalde, hvis forsikrede ikke er under stadig behandling af en læge og følger dennes forskrifter.

§ 21. UENIGHED OM MÉNGRADEN

Stk. 1. Såvel forsikrede og dennes værge som AP Pension kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af méngraden for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring under hensyntagen til forsikringsbetingelsernes § 18 og eventuelle relevante bestemmelser i § 20.

Stk. 2. Er sagen indbragt af forsikrede og dennes værge, og ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring méngraden til fordel for forsikrede, refunderer AP Pension forsikrede de omkostninger, som er direkte forbundet med Arbejdsskadesstyrelsens behandling af sagen.

Stk. 3. Derudover kan forsikrede og andre berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring.

AFSNIT 4. FORSIKRINGSDÆKNING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME

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

§ 22. OPHØR AF DÆKNINGEN

Stk. 1. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ophører ved udgangen af det kalenderår, hvor

- forsikrede fylder 18 år, jf. udløbsalderen, som fremgår af forsikringsbeviset.
- værgen skriftligt har opsagt forsikringen, jf. § 10.
- værgens konto i det kontoførende pengeinstitut udgår.

Stk. 2. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn ophører tillige med udgangen af forfaldsmåneden, hvis præmien ikke betales, jf. § 5.

Stk. 3. Hvis værgen afgår ved døden i forsikringstiden, kan forsikringen overtages af en eventuel ny værge.

Stk. 4. Hvis forsikringen er tegnet i tilknytning til et andet forsikringsprodukt, ophører forsikringen samtidig med den



Børnepakke Forsikringsbetingelser

tilknyttede forsikrings ophør.

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

§ 23. DÆKNING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME TIL BØRN

Stk. 1. Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under §§ 23 A-R. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Stk. 2. Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov.

Stk. 3. Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for § 23 R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Stk. 4. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn dækker hele døgnnet og i hele verden.

Stk. 5. Følgende diagnoser er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn:

A. KRÆFT, LEUKÆMI OG LYMFOMER

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

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

Herudover dækkes højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS), kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML) type 2 samt behandlingskrævende myelomatose/solitært myelom.

Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (kemoterapi) og/eller allogen knoglemarvstransplantation. Undtaget fra forsikringsdækningen er:

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

- Alle former for hudkræft, bortset fra modernærkekræft 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 § 23 F, og som udvikler sig til en diagnose under § 23 A.

B. HJERTEKLAPOPERATION PÅ GRUND AF HJERTEKLAPFEJL

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

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

C. KRONISK HJERTESVIGT MED SVÆRE SYMPTOMER I HVILE OG NEDSAT FUNKTIONSEVNE

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

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling.

Påvirkningerne af funktionsniveau skal være til stede på trods af behandling i mere end 6 måneder, eller der skal være gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD-enhed).

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, og som enten skyldes:

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



Børnepakke Forsikringsbetingelser

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

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

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

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

E. SÆKFORMET UDVIDELSE AF HJERNENS PULSÅRER (ANEURISME) ELLER INTRAKRANIEL ARTERIOVENØS KARMISDANNELSE (AV-MALFORMATION) MED BEHOV FOR OPERATION
Planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar, med en eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inklusive kavernøst angiom), som skal være påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR-scanning.

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

Forsikringsdækningen omfatter også tilfælde hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske grunde.

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 hinder (centralnervesystemet), som efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 pct., vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings méntabel.

Forsikringssummen udbetales først når følger tilstanden 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 synsnerveudfald (opticusneurit) alene.

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

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

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

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

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

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



Børnepakke Forsikringsbetingelser

De neurologiske følger kan i alle tilfælde tidligst vurderes efter 3 måneder og skal være bekræftet af neurologisk speciallæge.

I. CREUTZFELDT-JACOBS SYGDOM (CJD OG VCJD)

En progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner.

Diagnosen skal være stillet på relevant sygehusafdeling og vurderes overvejende sandsynlig ud fra:

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

J. MUSKELSVIND (MYOPATI OG NEUROPATI) MED VEDVARENDE FREMADSKRIDENDE SYMPTOMER)

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

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

K. KRONISK NYRESVIGT MED BEHOV FOR VARIG DIALYSE ELLER TRANSPLANTATION

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

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

L. STØRRE ORGANTRANSPLANTATION

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

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation) for andre tilstande end anført under dækning for § 23 A.

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

M. 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 opfyldte Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

N. HIV-INFEEKTION VED BLODTRANSFUSION ELLER ARBEJDSBETINGET SMITTE

1. Infektion med HIV som følge af blodtransfusion eller anden lægelig behandling, modtaget efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt. Det kræves, at forsikrede er berettiget til godtgørelse for transfusionsoverført HIV-infektion af Sundhedsstyrelsen.
2. Infektion med HIV efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt, som følge af en arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes professionelle erhverv.

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

O. STØRRE FORBRÆNDING (AMBUSTIO)

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

Diagnosen skal fremgå af journaludskrift eller epikrise fra en brandsår-afdeling.

P. PRAKTISK BLINDHED

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



Børnepakke Forsikringsbetingelser

Diagnosen stilles hos øjenlæge med angivelse af årsag.

Q. TOTAL DØVHED

Totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, med en høretærskel på 100dB eller derover på alle frekvenser. Diagnosen stilles hos ørelæge med angivelse af årsag.

R. TERMINAL SYGDOM - ALLE DIAGNOSER, DER IKKE ER OMFATTET AF §§ 23 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 §§ 23 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.

§ 24. BEGRÆNSNINGER I FORSIKRINGSDÆKNINGEN

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

1. Hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden jf. § 4.
2. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i §§

23 A-R. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i § 23 A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 23 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i § 23 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.

3. Ved diagnoser som beskrevet i §§ 23 B og C, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 23 B eller C.
4. Ved diagnoser som beskrevet i §§ 23 H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 23 H eller I.
5. Mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i §§ 23 A-R. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter § 23 A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 23 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i § 23 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.
6. Hvis forsikrede får stillet en ny diagnose mindre end 6 måneder efter, at forsikrede har fået stillet en diagnose som har givet ret til udbetaling efter §§ 23 A-R.
7. Ved kritisk sygdom, der er en følge af misbrug af medicin eller indtagelse af medicin, der ikke er lægeordineret, eller som er en følge af misbrug af alkohol, euforiserende stoffer og lignende giftstoffer.
8. Ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område.
9. Hvis forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sin død.
10. Ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i § 23 B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før forsikrede er fyldt 1 år.

FORTRYDELSESRET

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

FORTRYDELSESFRISTEN

Fortrydelsesfristen er 30 dage. Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag, du har fået meddelelse om aftalens indgåelse. Fortrydelsesfristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt,



Børnepakke Forsikringsbetingelser

du på skrift (fx på papir eller e-mail) har fået nærværende oplysning om fortrydelsesretten. Hvis du fx har fået underretning om aftalens indgåelse mandag den 1. – i en måned med 31 dage – og også har fået oplysning om fortrydelsesretten, har du frist til og med onsdag den 31. Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente til den følgende hverdag.

HVORDAN FORTRYDER DU?

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

Underretning om, at du har fortrudt aftalen, skal gives til pengeinstituttet.