



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

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

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

via et pengeinstitut, der er tilsluttet nærpension.

Stk. 4. Selskabet er underlagt offentligt tilsyn.

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

§ 2. AFTALEGRUNDLAGET

Stk. 1. Betingelserne træder i kraft den 1. juli 2018.

Stk. 2. Børnepakken kan kun oprettes af forsikringstager, hvis denne også har oprettet forsikringsdækningerne:

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

eller

- Livsforsikring og
- Forsikringsdækning ved Visse Kritiske Sygdomme

Stk. 3. Selskabet kan ændre betingelserne, hvis:

- ændringen aftales med nærpension
- det er nødvendigt, for at selskabet kan overholde lovgivning og tilhørende praksis, eller
- grundlag for beregning af forsikringen ændrer sig.

Stk. 4. 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.

Stk. 5. Definitioner

Forsikringstageren er den, der har indgået forsikringsaftalen med selskabet. Forsikringstageren er forsikredes værg.

Forsikrede er det barn, på hvis liv eller helbred forsikringen er etableret.

§ 3. OPLYSNINGSPLIGT

Stk. 1. Barnet, som er forsikret bliver optaget i og er omfattet af Børnepakken på grundlag af oplysninger, som selskabet modtager fra pengeinstituttet, nærpension, forsikrede og forsikringstager.

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

Stk. 2. Ved ændring af Børnepakken gælder samme regler som ved optagelse i Børnepakken.

Stk. 3. Hvis oplysningerne er forkerte eller ufuldstændige, kan dækningerne nedsættes eller helt bortfalde. Selskabet kan annullere forsikringen, hvis selskabet har fået vildledende, ufuldstændige eller forkerte oplysninger efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4-10. Er oplysningerne givet af forsikringstager, en læge eller anden sagkyndig, har det samme virkning, som hvis oplysningerne var givet af forsikrede.

§ 4. FORSIKRINGENS IKRAFTTRÆDEN

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

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

§ 5. PRÆMIE

Stk. 1. Præmien forfalder som aftalt mellem forsikringstager og selskabet, og indbetales til selskabet via pengeinstituttet, som hæver præmiebeløbet på forsikringstagers konto i pengeinstituttet. Betales præmien ikke rettidigt efter påkrav



Børnepakke Forsikringsbetingelser

herom, modtager forsikringstager en påmindelse. Påmindelsen indeholder oplysning om, at forsikringen ophører, hvis præmien ikke er blevet betalt indenfor den i påmindelsen angivne frist.

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

Stk. 3. Selskabet fastsætter præmien for et år ad gangen ud fra grundlag og tariffer, hvor der bl.a. indgår antagelser om rente, risiko og omkostninger. Dette sker automatisk uden yderligere varsel.

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

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

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

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

Stk. 8. Overgår værgemålet over det forsikrede barn til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, skal dette meddeles til pengeinstituttet. Den nye værge kan overtage forsikringen, såfremt værgen har oprettet forsikringsdækninger som nævnt i § 2, stk. 2, samt opretholder en konto som nævnt i § 5, stk. 2. En ændring af værge 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 retsfølgning.

§ 7. ANMELDELSE

Stk. 1. Forsikrede eller forsikringstager eller andre berettigede skal anmelde et krav til selskabet hurtigst muligt.

Stk. 2. Krav mod selskabet vedrørende Sygdomsforsikring eller forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme skal anmeldes til selskabet inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.

Stk. 3. Krav mod selskabet forældes efter dansk rets regler om forældelse.

§ 8. OPLYSNINGER

Stk. 1. Forsikrede, forsikringstager eller andre berettigede skal give selskabet adgang til oplysninger, som efter selskabets skøn er nødvendige for, at selskabet kan vurdere retten til udbetaling. Hvis oplysningerne er ufuldstændige, kan udbetaling ikke finde sted.

Stk. 2. Det kan blandt andet være nødvendigt, at forsikringstager eller andre berettigede samtykker og medvirker til, at selskabet indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer mv. Der kan fx være tale om, at selskabet indhenter oplysninger fra forsikredes egen læge, journaludskrifter fra sygehus, offentlige sagsakter, oplysninger om hvilke udbetalinger og tilskud fra det offentlige, samt hvilke forsikringsydelser forsikrede modtager. mv.

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

Stk. 4. Selskabet behandler alle oplysninger efter regler, som findes i lovgivningen. Medarbejderne i selskabet 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

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

§ 10. OPHØR AF DÆKNING

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

Stk. 2. Børnepakken ophører endvidere ved udgangen af det kalenderår, hvor forsikringen er opsagt, jf. § 11.

Stk. 3. Endvidere ophører Børnepakken ved næstkommende præmieforfald, hvis forsikringstagers konto i det kontoførende pengeinstitut udgår.

Stk. 4. Børnepakken ophører tillige, hvis præmien ikke betales rettidigt, jf. § 5.



Børnepakke

Forsikringsbetingelser

Stk. 5. Forsikringen ophører samtidig med de tilknyttede forsikringers ophør, jf. § 2, stk. 2.

Stk. 6. Når dækningen ophører, vil forsikringen ikke have opnået nogen værdi.

§ 11. OPSIGELSE

Stk. 1. Selskabet kan opsigte Børnepakken med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 2. Forsikringstager kan opsigte Børnepakken med 1 månedskriftligt varsel til udgangen af et kalenderår.

§ 12. KLAGER

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

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

AFSNIT 2. LIVSFORSIKRING

§ 13. LIVSFORSIKRING

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

Stk. 2. Dødsfaldssum til børn er oprettet som en livsforsikring uden opsparing, en såkaldt risikoforsikring hvor forsikringssummen 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. Livsforsikringen dækker hele døgnet overalt i Europa, Færøerne og Grønland. Endvidere dækker forsikringen under midlertidigt ophold i indtil 6 måneder i den øvrige del af verden, medmindre andet er aftalt med selskabet.

Stk. 5. Selskabet udbetaler forsikringssummen til værgen. Hvis forsikrede er myndig ved forsikringsbegivenhedens indtræden, udbetaler selskabet forsikringssummen til forsikredes »nærme-

ste pårørende« efter reglerne i forsikringsaftaleloven, medmindre andet er skriftligt meddelt selskabet.

Stk. 6. »Nærmeste pårørende« er på forsikringer oprettet den 1. januar 2008 eller senere, 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 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, forsikringsaftalens begunstigelsesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

§ 14. DÆKNINGSBEGRÆNSNINGER

Stk. 1. Forsikringen dækker ikke dødsfald som:

- forsætligt eller ved grov uagtsomhed er forårsaget af forsikrede eller forsikringstager, herunder selvmord. Dette gælder uanset forsikredes eller forsikringstagers sindstilstand ved fremkaldelsen af begivenheden. Begrænsningen vedrørende dødsfaldsdækning ved selvmord gælder dog kun, indtil forsikringen har været i kraft uafbrudt i minimum 1 år.
- forsikrede har forårsaget under selvforskyldt beruselse.
- er en følge af afhængighed eller misbrug af medicin eller andre rusmidler, alkohol, narkotika eller narkotikalignende stoffer, eller kriminelle handlinger.
- er en følge af rejser til eller ophold i områder uden for Danmark, hvor risikoen er forøget på grund af krig eller krigslignende tilstand, borgerkrig, epidemier eller andre omstændigheder, der i risikomæssig henseende kan sidestilles hermed, eller hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare.
- er en følge af deltagelse i ekspeditioner til farlige områder eller farlig sport bl.a. bjergbestigning, motorvæddeløb, bob- eller kælkkørsel, racerbådsløb, river rafting, rappelling, drageflyvning, parasailing/-gliding, kunstflyvning, ultralight



Børnepakke Forsikringsbetingelser

flyvning, ballonflyvning, faldskærmsudspring, kendo, wing tsun, thai- eller kickboxing, traktor pulling, australsk fodbold, dykning uden for dansk område, eller anden farlig sport eller deltagelse i foretagender, der i farlighed kan sidestilles hermed.

- er en følge af udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.
- er en følge af jordskælv.

Stk. 2. Forsikringsdækningen omfatter aldrig dødsfald eller sygdom, der er en følge af krigsdeltagelse, deltagelse i eller bekæmpelse af oprør eller andre borgerlige uroligheder.

Stk. 3. Ved krigsdeltagelse eller deltagelse i eller bekæmpelse af oprør eller andre borgerlige uroligheder forstås deltagelse i væbnede konflikter i form af deltagelse i våbenbærende styrker, herunder politistyrker, samt deltagelse i freds- eller observatørkorps og lignende indsats i et krigs- eller konfliktområde enten efter ordre fra den danske regering eller i form af frivillig deltagelse. Al deltagelse i fremmede magters styrker er til enhver tid undtaget fra forsikringsdækningen.

Stk. 4. Endvidere dækker forsikringen ikke:

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

Stk. 5. Såfremt forsikrede afgår ved døden indenfor 12 måneder fra et tidspunkt, hvor der er stillet en diagnose, hvorefter der er udbetalt dækning ved Visse Kritiske Sygdomme, jf. afsnit 4, vil udbetalingen ved Visse Kritiske Sygdomme blive modregnet i udbetalingen ved død. Der sker dog kun modregning, hvis dødsfaldet skyldes den sygdom – eller følger af den sygdom – der er udbetalt dækning ved Visse Kritiske Sygdomme på baggrund af.

§ 15. UDBETALING

Stk. 1. Selskabet har mulighed for årligt pr. 1. januar at regulere forsikringssummens størrelse.

Stk. 2. Livsforsikringen opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

Stk. 3. Udbetaling sker til den berettigedes NemKonto, med-

mindre den berettigede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet. Selskabet udbetaler forsikringssummen til en konto i et dansk pengeinstitut.

AFSNIT 3. SYGDOMSFORSIKRING TIL BØRN

§ 16. SYGDOMSFORSIKRING

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

Stk. 2. 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. 3. 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.

Stk. 4. Sygdomsforsikring til børn dækker hele døgnet overalt i Europa, Færøerne og Grønland. Endvidere dækker forsikringen under midlertidigt ophold i indtil 6 måneder i den øvrige del af verden, medmindre andet er aftalt med selskabet.

§ 17. MÉN

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

Stk. 2. Selskabet fastsætter méngraden efter samme méntabel, 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 méntabel, fastsætter selskabet forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

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

Stk. 5. Følgende sygdomme kan højst dækkes med en méngrad på 25%:



Børnepakke Forsikringsbetingelser

- 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).

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

§ 18. FORSIKRINGENS STØRRELSE

Stk. 1. Selskabet 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.

Stk. 2. Forsikringssummen udbetales til værgen. Hvis værgen er afdøet ved døden inden udbetaling, sker udbetaling til forsikrede i henhold til gældende lov.

Stk. 3. Udbetaling sker til den berettigedes NemKonto, medmindre den berettigede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet. Selskabet udbetaler forsikringssummen til en konto i et dansk pengeinstitut.

Stk. 4. 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.

§ 19. INGEN DÆKNING

Stk. 1. Dækningen omfatter ikke:

- a. Sygdomme, fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig før, forsikringen træder i kraft.
- b. Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning.
- c. Mén som følge af handlinger som forsætligt eller ved grov uagtsomhed er forårsaget af forsikrede eller forsikringstager, herunder selvmordsforsøg samt eventuelle følger heraf. Dette gælder uanset forsikredes eller forsikringstagers

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 forsikrede ved deltagelse i slagsmål, selvforskyldt beruselse, afhængighed eller misbrug af medicin eller andre rusmidler, alkohol, narkotika eller narkotikalignende stoffer, eller ved kriminelle handlinger.
- f. Mén efter sygdom, som er en følge af deltagelse i ekspeditioner til farlige områder eller farlig sport bl.a. bjergbestigning, motorvæddeløb, bob- eller kælkkørsel, racerbådsløb, river rafting, rappelling, drageflyvning, parasailing/-gliding, kunstflyvning, ultralight flyvning, ballonflyvning, faldskærmsudspring, kendo, wing tsun, thai- eller kickboxing, traktor pulling, australsk fodbold, dykning uden for dansk område, eller anden farlig sport eller deltagelse i foretagender, der i farlighed kan sidestilles hermed.
- g. Mén, der er en følge af udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.
- h. Mén, der er en følge af jordskælv.

Stk. 2. Forsikringen dækker endvidere ikke mén efter sygdom, som er en følge af rejser til eller ophold i områder uden for Danmark, hvor risikoen er forøget på grund af krig eller krigslignende tilstand, borgerkrig, epidemier eller andre omstændigheder, der i risikomæssig henseende kan sidestilles hermed, eller hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare.

Stk. 3. Forsikringsdækningen omfatter aldrig mén efter sygdom, der er en følge af krigsdeltagelse, deltagelse i eller bekæmpelse af oprør eller andre borgerlige uroligheder.

Stk. 4. Ved krigsdeltagelse eller deltagelse i eller bekæmpelse af oprør eller andre borgerlige uroligheder forstås deltagelse i væbnede konflikter i form af deltagelse i våbenbærende styrker, herunder politistyrker, samt deltagelse i freds- eller observatørkorps og lignende indsats i et krigs- eller konfliktområde enten efter ordre fra den danske regering eller i form af frivillig deltagelse. Al deltagelse i fremmede magters styrker er til enhver tid undtaget fra forsikringsdækningen.

Stk. 5. Mén efter sygdomme, der er defineret nedenfor, dækkes aldrig af forsikringen, ligesom der heller ikke ydes erstatning for følger af disse sygdomme:

- a. Psykiske sygdomme, herunder – men ikke begrænset til –



Børnepakke Forsikringsbetingelser

sygdomme omfattet af ICD-koderne Foo-F69 (fx psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).

- b. Neuropsykiatriske forstyrrelser omfattet af ICD-koderne F70-F99 (fx ADHD, autisme, udviklingshæmning). Senere diagnoser eller ændrede diagnosebetegnelser med de ovenfor angivne ICD-koder er også omfattet af undtagelserne.

Stk. 6. 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. 7. 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.

Stk. 8. Dækning kan endvidere bortfalde, hvis forsikrede ikke er under stadig behandling af en læge og følger dennes forskrifter.

Stk. 9. Såfremt forsikrede har fået udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme, jf. afsnit 4, for sygdom, der ligeledes giver ret til udbetaling af Sygdomsforsikring til børn, vil udbetalingen ved Visse Kritiske Sygdomme blive modregnet i udbetalingen efter Sygdomsforsikring til børn.

§ 20. UENIGHED OM MÉNGRADEN

Stk. 1. Såvel forsikrede og forsikringstager som selskabet kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af méngraden for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring under hensyntagen til forsikringsbetingelsernes § 17 og eventuelle relevante bestemmelser i § 19.

Stk. 2. Er sagen indbragt af forsikrede og forsikringstager, og ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring méngraden til fordel for forsikrede, refunderer selskabet forsikrede de omkostninger, som er direkte forbundet med Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings behandling af sagen.

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

AFSNIT 4. FORSIKRINGSDÆKNING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME

§ 21. 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 §§ 21 A-R. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede eller forsikringstager får kendskab til diagnosen.

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

Stk. 3. Udbetaling sker til den berettigedes NemKonto, medmindre den berettigede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet. Selskabet udbetaler forsikringssummen til en konto i et dansk pengeinstitut.

Stk. 4. Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for § 21 R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Stk. 5. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn dækker hele døgnet overalt i Europa, Færøerne og Grønland. Endvidere dækker forsikringen under midlertidigt ophold i indtil 6 måneder i den øvrige del af verden, medmindre andet er aftalt med selskabet.

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

A. VISSE FORMER FOR KRÆFT

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

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling),
- Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1B-4 (malignt melanom),
- Prostata cancer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket),
- Blærepapillomer,



Børnepakke Forsikringsbetingelser

- Neuroendokrine (karcinoide) tumorer uden spredning eller metastaser,
- Tumorer på baggrund af hvilken, der allerede er udbetalt erstatning efter § 21 F, og som udvikler sig til en diagnose under § 21 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 myelofibroose, essentielt trombocytopeni eller Polycytæmia vera.

B: HJERTEKLAPFEJL MED BEHOV FOR OPERATION

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

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

C: KRONISK HJERTESVIGT MED BETYDELIGT NEDSAT FUNKTIONSEVNE

En tilstand med svær kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel med svære symptomer og betydelig 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 pacemaker-system (cardioverter defibrillator (ICD-enhed), biventrikulær pacemaker (CRT-enhed) eller indsættelse af LVAD). Diagnosen skal være stillet af en kardiologisk speciallæge eller på en kardiologisk afdeling.

D: HJERNEBLØDNING ELLER BLODPROP I HJERNEN (APOPLEKSI) MED BLIVENDE FØLGER

En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som enten skyldes:

- en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehalvdele, eller
- en forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) opstået i hjernen pga. en emboli eller trombose,

hvor tilfældet har medført blivende følger (vurderet efter 3 måneder) i form af neurologiske udfald svarende til den ved en hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse.

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

Tilfælde hvor en blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning er omfattet af forsikringsdækningen, hvis der er tilstrækkeligt klare kliniske tegn på en blodprop i hjernen til, at en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen. Der skal samtidig være konstateret blivende neurologiske følger (vurderet tidligst efter 3 måneder) svarende til hjernebeskadigelsen, fx i form af lammelser i ansigtet eller i arme og ben, indskrænkning af synsfeltet, halvsidige føleforstyrrelser eller taleforstyrrelser. Følger i form af kognitive gener eller træthed alene er ikke tilstrækkelige for dækning.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attack (TIA),
- Tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR),



Børnepakke Forsikringsbetingelser

- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (fx øjne, øre, hypofyse).

E: SÆKFORMET UDVIDELSE AF HJERNENS PULSÅRER (ANEURISME) ELLER KARMISDANNELSE INDE I KRANIET (AV-MALFORMATION) MED BEHOV FOR OPERATION

En planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar i form af

- én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer, eller
- arteriovenøse karmisdannelser (inklusive kavernøst angiom), som er påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR-scanning.

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

Forsikringsdækningen omfatter også tilfælde med operationsindikation, hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

F: VISSE GODARTEDE SVULSTER I HJERNE OG RYGMARV MED AGGRESSIVT FORLØB OG SVÆRE BLIVENDE FØLGER

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

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

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

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

G: MULTIPEL (DISSEMINERET) SKLEROSE (MS)

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

- To eller flere klinisk adskilte perioder med neurologiske udfald fra centralnervesystemet, samt mindst to MR-påviste læsioner i centralnervesystemet forenelige med MS efter McDonald-kriterierne, eller
- Et klinisk attack, hvor der er to eller flere MR-påviste læsioner forenelige med MS eller diagnosticeret disseminering i tid ved

- gentagelse af MR-scanning (monosymptomatisk MS), eller
- Et langvarigt attack med progression, hvor McDonald-kriterierne for progredierende MS er opfyldte.

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

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

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge.

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 Erhvervsikrings 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:



Børnepakke Forsikringsbetingelser

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

En genetisk verificeret og anerkendt arvelig muskelsvindsygdom kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og muskelkraft. Eksempler på disse sygdomme er Duchenne og Becker muskeldystrofi, facioskapulohumeral muskeldystrofi, dystrofia myotonica, limb girdle muskeldystrofi, okulopharyngeal muskeldystrofi, Bethelm myopati, Charcot-Marie-Tooths neuropati eller sjældnere arvelig muskelsvindsygdom, som kan sidestilles med de forannævnte.

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

K: KRONISK NYRESVIGT MED BEHOV FOR VARIG DIALYSE ELLER TRANSPLANTATION

En tilstand med dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere og med behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

L: STØRRE ORGANTRANSPLANTATION

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

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation) for andre tilstande end anført under dækning for blodkræft i § 21 A.

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

M: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

Erhvervet immunodefektsyndrom som følge af infektion med

human immunodefekt virus (HIV), der har givet en så alvorligt påvirket immunfunktion, at det har medført en opportunistisk infektion eller visse cancertyper.

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

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

N: HIV-INFEKTION – OVERFØRT VED BLODTRANSFUSION ELLER ARBEJDSBETINGET SMITTE

En infektion med HIV som følge af:

- En blodtransfusion eller anden lægelig behandling modtaget efter forsikringstidens begyndelse, forudsat at forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen,

eller

- En arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes erhverv, foregået efter forsikringstidens begyndelse. Uheldet skal være anmeldt som arbejdsskade, med negativ HIV-test udført indenfor den første uge efter smitte, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder.

O: TREDJEGRADSFORBRÆNDING (AMBUSTIO), ÆTSNING ELLER FORFRYSNING – DER DÆKKER MINDST 20 PCT. AF KROPPENS OVERFLADE

En brandskade (inkl. forfrysninger og ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 pct. af forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaloplysninger fra behandlende brandsårsafdeling.

P: PRAKTISK BLINDHED – PERMANENT OG IRREVERSIBEL

Et permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synstyrken på bedste øje er 1/60 (0,0166) eller derunder, eller der er kikkertsyn med en synsfeltindskrænkning til under 10 pct.

Diagnosen skal være stillet af en øjenlæge.

Q: TOTAL DØVHED – PERMANENT OG IRREVERSIBEL

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



Børnepakke Forsikringsbetingelser

Diagnosen skal være stillet af en ørelæge.

R: TERMINAL SYGDOM - ALLE DIAGNOSER, DER IKKE ER OMFATTET AF §§ 21 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 diagnosedatoen, der er afgørende),
- en sygdom, der har medført eller medfører udbetaling efter en af diagnoserne i §§ 21 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.

§ 22. BEGRÆNSNINGER I FORSIKRINGSDÆKNINGEN

Stk. 1. 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 §§ 21 A-R. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i § 21 A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 21 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 7 år, siden behandlingen af den første sygdom er afsluttet (omfatter ikke kontrolundersøgelser), og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.

3. Ved diagnoser som beskrevet i §§ 21 B og C, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 21 B eller C.

4. Ved diagnoser som beskrevet i §§ 21 H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 21 H eller I.

5. Mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i §§ 21 A-R. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter § 21 A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 21 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 7 år, siden behandlingen af den første sygdom er afsluttet (omfatter ikke kontrolundersøgelser), og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.

6. Hvis forsikrede får stillet en ny diagnose mindre end 6 måneder efter, at forsikrede har fået stillet en diagnose som har givet ret til udbetaling efter §§ 21 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 fareforøvelse af tilsvarende art med virkning på dansk område.

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

10. Ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i § 21 B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før forsikrede er fyldt 1 år.

Stk. 2. Såfremt forsikrede har fået udbetaling af Sygdomsforsikring til børn, jf. afsnit 3, for sygdom, der ligeledes giver ret til udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme, vil udbetalingen af Sygdomsforsikring til børn blive modregnet i udbetalingen ved Visse Kritiske Sygdomme.

FORTRYDELSESRET

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

FORTRYDELSESFRISTEN

Fortrydelsesfristen er 30 dage. Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag, du har fået meddelelse om aftalens indgå-



Børnepakke Forsikringsbetingelser

else. Fortrydelsesfristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, du på skrift (fx på papir, e-mail eller andet varigt medium) har fået nærværende oplysning om fortrydelsesretten.

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

HVORDAN FORTRYDER DU?

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

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

AP Pension
CVR-nr. 18530899
Østbanegade 135
2100 København Ø