

Børneulykkesforsikring

U09-0415-1 forsikringsbetingelser gældende fra 12. januar 2024

Børneulykkesforsikring

Aftalegrundlag

Forsikringen består af forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg til policen og forsikringsbetingelsernes fællesbestemmelser og dækninger. Policen viser de dækninger, summer og selvrisikobeløb, der er valgt for forsikringen. For forsikringen gælder endvidere Lov om forsikringsaftaler (Forsikringsaftaleloven) og Lov om Forsikringsvirksomhed i det omfang, disse ikke er fraveget.

Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger om dækningen på forsikringen kan fås på www.forsia.dk.

For forsikringen gælder ud over disse betingelser de klausuler, der er anført på policen. Forsikringsbetingelserne er indholdet af den aftale, der gælder mellem dig og selskabet, når du har tegnet en forsikring hos os. Hvis du er i tvivl om, hvordan forsikringsbetingelserne skal forstås, er du altid velkommen til at kontakte os.

Medlemskab af Foreningen Forsia fmba

Foreningen Forsia er en forening, hvis medlemmer er forsikringstagerne i Forsia Forsikring A/S. Man bliver automatisk medlem af foreningen. Foreningens formål er defineret i vedtægten. Foreningens medlemmer hæfter ikke for foreningens forpligtelser og er ikke forpligtede til at betale kontingent eller foretage andre indbetalinger til foreningen. Se i øvrigt foreningens vedtægt, som ligger på forsia.dk, og som foreningens medlemmer til enhver tid kan få ved at kontakte os.

Har du fået en skade?

- Begræns skadens omfang.
- Anmeld din skade på www.forsia.dk eller tlf. 98 98 98 98 så den er registreret og du kan få hjælp.
- Afvent godkendelse fra os før du påbegynder udbedring af en skade.

Indholdsfortegnelse

Børneulykkesforsikring.....	2
Aftalegrundlag.....	2
Fortrydelsesret.....	4
FÆLLESBESTEMMELSER.....	5
1. Hvem er forsikret	5
2. Hvilke skader dækker forsikringen.....	5
3. Hvilke skader er ikke dækket under forsikringen.....	5
4. Hvilke forholdsregler skal iagttages ved skade	6
5. Hvordan beregnes erstatningen.....	7
6. Hvor dækker forsikringen.....	7
7. Hvornår dækker forsikringen	7
8. Hvornår skal præmie m.m. betales.....	8
9. Indeksregulering	8
10. Hvem kan disponere over forsikringen.....	8
11. Ophør af forsikringen	8
12. Risikoforandring.....	9
13. Uenighed om forsikringen.....	9
ERSTATNING.....	10
14. Begravelseshjælp.....	10
15. Invaliditetsdækning.....	11
16. Dobbelterstatning	1
17. Behandlingsudgifter	1
18. Tandskadedækning.....	2
19. Uddrag fra den vejledende méntabel fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (1. januar 2012).....	3
Tilvalgsdækninger	4
20. Farlig sport	4
21. Strakserstatning	4
22. Udvidet dækning – AP Pension.....	5
23. Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år.....	7
24. Visse kritiske sygdomme.....	7
25. Méngradserstatning ved sygdom	12

Fortrydelsesret

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

Fortrydelsesfristen

Fortrydelsesfristen er altid 14 dage.

Fristen på 14 dage beregnes således: Hvis du fx køber din forsikring mandag den 1. og først har modtaget oplysningerne (policen) onsdag den 3. har du frist til og med onsdag den 17.

Hvis fortrydelsesfristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

Hvis du fortryder

Hvis du fortryder dit køb af forsikring, bliver købet ophævet og du skal ikke betale noget for forsikringen.

Du skal vide, at har du en skade i din fortrydelsesperiode og opsiger/fortryder din forsikring, er du således ikke dækket i fortrydelsesperioden.

Ønsker du at gøre brug af din fortrydelsesret skal du give selskabet besked om, at du har fortrudt dit køb.

Beskeden om fortrydelsen skal gives enten pr. brev eller e-mail. Hvis du vil sikre dig bevis for, at du har fortrudt aftalen inden fristens udløb, kan du sende et anbefalet brev og gemme postkvitteringen.

Besked om du har fortrudt aftalen, skal sendes eller mailes til:

Forsia Forsikring A/S
Jens Terp-Nielsens Vej 13
6200 Aabenraa
Tlf.: 98 98 98 98
E-mail: info@forsia.dk

FÆLLESBESTEMMELSER

Det er lov om forsikringsaftaler, som er gældende.

1. Hvem er forsikret

1.1. Forsikringen dækker det barn, som er nævnt på policen.

1.2. Nyfødte børn

Nyfødte børn er dækket, hvis én af forældrene har en ulykkesforsikring i selskabet, eller hvis andre af forældrenes børn er omfattet af en børneulykkesforsikring i selskabet. Dækningen gælder indtil barnet fylder 1 år eller indtil der anmeldes en dækningsberettiget skade, inden barnet fylder 1 år.

Dvs. sker der en dækningsberettiget skade inden barnet fylder 1 år opkræves der præmie fra skadestidspunktet.

Barnet er dækket med samme forsikringssum ved varigt mén som forsikringstagers eventuelle øvrige børn. Har forsikringstageren ikke andre børn forsikret hos selskabet dækkes barnet med den højeste forsikringssum ved varigt mén som forsikringstager eller anden forældre har. Ved beregning af erstatning for varigt mén tages kun udgangspunkt i ménsommen efter én forsikringstager/forældre.

Forsikringen betaler også et beløb til begravelseshjælp. Hvis barnet dør som følge af et ulykkestilfælde udbetales kr. 25.000

2. Hvilke skader dækker forsikringen

2.1. Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde.

Af din police fremgår det, hvilke dækninger, du har tegnet. De bestemmelser, der gælder særskilt for den enkelte dækning, er anført i forsikringsbetingelserne.

2.2. Et ulykkestilfælde betegnes som

En pludselig hændelse, der forårsager personskade.

2.3. Årsagssammenhæng

Der skal være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden for at opnå dækning. Ved vurdering lægger vi blandt andet 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. Hvilke skader er ikke dækket under forsikringen

3.1. Forsikringen dækker ikke

Uanset tilskadekomnes sindstilstand på skadetidspunktet dækker forsikringen ikke:

- Skader, der er fremkaldt af tilskadekomne ved forsæt eller ved grov uagtsomhed.
- Skader, der er forårsaget af tilskadekomne under selvforskyldt beruselse eller under påvirkning af narkotika eller under en dertil svarende påvirkning.
- Skader, der skyldes forgiftninger som følge af indtagelse af mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.
- Skader, der skyldes smitte med virus, bakterier, andre mikroorganismer eller lignende.
- Skader, der overgår tilskadekomne som følge af deltagelse i slagsmål.
- Skader, der skyldes tilskadekomnes strafbare handlinger.
- Skader, der skyldes selvmord og selvmordsforsøg.
- Skader, der skyldes nedslidning.
- Skader, der skyldes overbelastning.
- Skader, der sker under træning eller deltagelse i professionel sport. Ved professionel sport forstås skader, der opstår under træning eller deltagelse i sportsudøvelse, når dette sker som led i den kontrakt, der er indgået med en sportsklub. Dette er uanset størrelse på løn, vederlag eller anden indkomst.

- Skader, der skyldes udløsning af atomenergi under alle forhold, herunder krig.
- Skader, der skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder eller terrorhandlinger ved brug af nukleare, biologiske, kemiske eller radioaktive våben (NBCR-terror), medmindre skaden indtræffer inden en måned efter konfliktens udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er desuden en forudsætning for dækningen, at konflikten ikke var til stede ved indreisen i landet, at der er tale om en konflikt uden stormagtsdeltagelse, og at forsikrede ikke selv deltager i handlingerne.

3.2. Farlig sport

- Skader, der sker under træning eller deltagelse i motorløb af enhver art, boksning og andre selvforsvars- og kampsportsgrene, dykning med trykflaske, bjergbestigning, bjergklatring og rapelling på bjergvæg eller på bygning, drage-, kunst-, svæve- og ultralightflyvning, faldskærmsudspring, elastikspring eller lignende, paragliding, hanggliding eller lignende, rafting og udøvelse af sportsgrene, som kan sidestilles hermed.

Ulykkestilfælde, der sker i forbindelse med alle de nævnte aktiviteter, er dækket, såfremt det er tale om deltagelse en enkelt dag fx fødselsdage eller familiefester og at deltagelsen sker under professionel instruktion.

Deltager forsikrede i ovennævnte aktiviteter jævnligt eller flere dage inden for et kvartal, skal forsikrede købe tillægsforsikring: "Farlig sport".

3.3. Motorcykel, scooter og knallert

- Skader sket i form af hjernerystelse, kranietraume og andre læsioner mod hovedet samt følger heraf ved ulykkestilfælde, hvor forsikrede var fører af eller passager på motorcykel/motocross/scooter/knallert eller ATV'er og ikke anvendte fastspændt styrthjelm. Såfremt det godtgøres, at anvendelse af styrthjelm var uden betydning for skadens indtræden, ydes der fuld dækning.

4. Hvilke forholdsregler skal iagttages ved skade

4.1. Lægebehandling

Den tilskadekomne skal være under stadig behandling af en læge og følge dennes forskrifter. Selskabet har ret til at indhente oplysninger hos enhver læge, lægelig institution eller andre, der behandler eller har behandlet den tilskadekomne, og til at lade denne undersøge af en speciallæge valgt i samråd med den tilskadekomne og dennes værge.

Selskabet betaler de lægeattester, som selskabet forlanger i forbindelse med en skade.

4.2. Tandskadebehandling

Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter til behandling af tandskade, som er en direkte følge af et ulykkestilfælde, i det omfang forsikrede ikke har ret til erstatning fra anden side, fx fra offentlig eller privat sygeforsikring eller kommunal tandpleje.

Ved tandskader skal behandling og pris godkendes af selskabet, inden en behandling påbegyndes, medmindre der er tale om akut nødbehandling.

4.3. Forsikringstiden

Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde, når ulykkestilfældet er indtrådt i forsikringstiden. Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og ophørsdato.

4.4. Anmeldelse af skade

Skader, skal anmeldes til Forsia Forsikring via minside.forsia.dk

Hvis en skade har medført døden, skal selskabet oplyses om dette hurtigst muligt på tlf: 98 98 98 98. Selskabet er berettiget til at kræve obduktion i de tilfælde, hvor dødsårsagen ikke umiddelbart kan fastslås.

4.5. Forældelse af sikredes krav

Ved forældelse af krav gælder de almindelige bestemmelser i forsikringsaftaleloven, forældelsesloven og dansk rets almindelige forældelsesregler.

5. Hvordan beregnes erstatningen

5.1. Forsikringsydelse på skadetidspunktet

Erstatningen beregnes på grundlag af forsikringssummens størrelse ved skadens indtræden, og efter de regler, der er anført under de enkelte dækninger.

5.2. Erstatning, hvis der er tegnet anden forsikring

Erstatning for varigt mén udbetales uafhængigt af eventuelle andre forsikringsydelser, der kommer til udbetaling som følge af den sikredes tilskadekomst, medmindre andet særligt er bestemt i forsikringsbetingelserne for de enkelte dækninger.

6. Hvor dækker forsikringen

6.1. Ingen geografisk begrænsning

Forsikringen dækker overalt i verden, medmindre andet særligt er aftalt, eller følger af bestemmelserne i pkt. 3.1 sidste afsnit.

6.2. Tidsbegrænsning i resten af verden

Forsikringen dækker under rejser og ophold udenfor Danmark i indtil 2 år.

6.3. Vurdering af anmeldt skade

Til brug for vurdering af, om en anmeldt skade er omfattet af forsikringen og en eventuel erstatnings størrelse, kan selskabet kræve lægeundersøgelse i Danmark. Selskabet betaler for den lægelige undersøgelse, men ikke for transporten eller udgifter til ophold mv. i forbindelse med lægeundersøgelsen.

6.4. Behandling

Hvis læge-, tandlæge-, fysioterapeut-, kiropraktor-, osteopat-, zoneterapeut- eller akupunkturbehandling er påkrævet, kan selskabet forlange, at behandlingen skal finde sted i Danmark. Selskabet betaler ikke for transport eller udgifter til ophold mv. i forbindelse med behandlingen.

7. Hvornår dækker forsikringen

Forsikringen dækker hele døgnet også når/hvis forsikrede har erhvervsarbejde. Forsikringen ophører ved første forfald efter forsikredes fyldte 18. år.

7.1. Børneulykkesforsikring med erhvervsarbejde

Denne dækning er obligatorisk og fremgår af policen.

Forsikringen dækker ulykkestilfælde sket under arbejde for andre, dette uanset om det er lønnet eller ulønnet.

Selskabet skal straks have meddelelse hvis forsikrede får et fuldtidsjob og/eller går i lære også selvom sikrede ikke er 18 år/myndig.

Hvis ændringen i beskæftigelsen ikke er meddelt selskabet og denne ville have medført en forhøjelse af præmien, vil forsikrede få erstatning svarende til forholdet mellem den præmie, der er betalt og den præmie der skulle have været betalt.

7.2. Dækning som fører af motorcykel, scooter og knallert

Denne dækning er obligatorisk og fremgår af din police.

7.2.1. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker skader sket som både fører og passager på motorcykel/motocross/scooter/knallert eller ATV'er.

7.2.2. Hvad dækker forsikringen ikke

Dækningen omfatter ikke skader der er nævnt i pkt. 3. i fællesbestemmelserne.

8. Hvornår skal præmie m.m. betales

8.1. Betaling

Første præmie skal betales, når forsikringen træder i kraft. De følgende præmier skal betales på de aftalte betalingsdatoer. Eventuelle afgifter til staten og ekspeditionsgebyrer skal betales sammen med præmien.

Selskabet sender inden betalingsdatoen en opkrævning på præmien herunder evt. afgifter og gebyrer. Hvis du ikke betaler rettidigt, får du en påmindelse med oplysning om konsekvensen af at betale for sent. Selskabet har ret til at opkræve ekspeditionsgebyr og strafrenter.

Selskabet kan i øvrigt kræve gebyr for at udskrive dokumenter (fx policer) og for andre serviceydelser.

8.2. Manglende betaling

Hvis præmien ikke er betalt senest 14 dage efter den dato, der er angivet på påmindelsen, ophører forsikringens dækning.

9. Indeksregulering

9.1. Forsikringen bliver indeksreguleret efter det summariske lønindeks, der udgives af Danmarks Statistik.

Præmie, samt erstatningssummer indeksreguleres årligt pr. hovedforfald, og følger "Lønindeks for virksomheder og organisationer", der udgives af Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for dets udregning, har selskabet ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik. Indekset for første kvartal året før danner grundlag for reguleringen.

10. Hvem kan disponere over forsikringen

10.1. Dispositionsretten tilkommer forsikringstageren

Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren.

11. Ophør af forsikringen

11.1. Aldersophør

Forsikringen ophører på første hovedforfaldsdag efter barnets fyldte 18. år.

11.2. Opsigelse af forsikringen

Forsikringen fornyes for 1 år ad gangen, medmindre den med en måneds varsel skriftligt opsiges af forsikringstageren eller selskabet.

Du har også mulighed for at opsige forsikringen med 30 dages varsel til udgangen af en kalendermåned mod betaling af et af selskabet fastsat gebyr.

Både forsikringstageren og selskabet er berettiget til at opsige forsikringen eller dele heraf med 14 dages varsel fra tidspunktet for anmeldelsen af en skade og indtil 14 dage efter afgørelsen om erstatningens størrelse eller afvisning af skaden.

Selskabet vil varsle eventuelle væsentlige ændringer af forsikringens vilkår og betingelser senest 30 dage før forsikringsperiodens udløb.

Ved betaling for en ny forsikringsperiode, accepterer du samtidig de varslede ændringer, og forsikringen fortsætter med de ændrede vilkår og betingelser. Indeksregulering eller regulering af generelle afgifter pålagt forsikringen, betragtes ikke som en ændring af forsikringens præmie.

12. Risikoforandring

Forsikringen er tegnet på baggrund af oplysninger om den forsikrede.

Selskabet skal have besked ved enhver risikoændring og præmien vil blive tilpasset de nye risikoforhold.

12.1. Undladelse af at oplyse risikoforandringer

Hvis forsikrede/forsikredes forældre undlader at oplyse om evt. risikoforandringer vil der kun blive udbetalt delvis erstatning i forholdet mellem den pris, der er betalt for forsikringen, og den pris, der skulle have været betalt.

13. Uenighed om forsikringen

13.1. Er du ikke enig i selskabets afgørelse

Er du ikke enig i selskabets afgørelse, kontakt da den afdeling, der har behandlet din forsikrings sag. Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du kontakte selskabets klageansvarlige:

Forsia Forsikring A/S
Jens Terp-Nielsens Vej 13
6200 Aabenraa
Tlf.: 98 98 98 98
E-mail: klageansvarlig@forsia.dk
Att.: Klageansvarlig

13.2. Ankenævn

Giver din henvendelse til den klageansvarlige ikke et tilfredsstillende resultat, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Østergade 18, 2. sal
1100 København K
Tlf.: 33 15 89 00
www.ankeforsikring.dk

Det koster et mindre gebyr at klage til Ankenævnet for Forsikring. Klagen skal udfyldes på et digitalt klageskema på Ankenævnets hjemmeside www.ankeforsikring.dk.

13.3. Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring

Hvis der er uenighed om den af selskabets fastsatte mængde, kan både forsikrede og selskabet forlange spørgsmålet om mængdens størrelse forelagt Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring.

Den af partnerne, der ønsker spørgsmålet om mængden forelagt Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring, betaler de omkostninger, der er forbundet med forelæggelsen.

Ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring den af selskabet fastsatte mængde til fordel for forsikrede, betales omkostningerne altid af selskabet.

ERSTATNING

14. Begravelseshjælp

Dækningen er obligatorisk og fremgår af policen.

For begravelseshjælp gælder nedenstående betingelser samt fællesbestemmelserne jf. afsnit 1 – 13 i tilknytning til gældende lov om forsikringsaftaler.

14.1. Hvem modtager erstatning

14.1.1. For forsikrede børn udbetales forsikringssummen til forsikringstageren.

14.2. Hvad omfatter begravelseshjælpen

14.2.1. Ulykkestilfælde

Når et ulykkestilfælde, (se fællesbestemmelserne pkt. 2.2) er direkte årsag til, at den tilskadedekomne dør, inden der er gået ét år efter ulykkesdagen, udbetales den fastsatte forsikringssum for dødsfaldet.

14.3. Hvad omfatter begravelseshjælp ikke

Forsikringssummen udbetales ikke ved:

14.3.1. Dødsfald, der skyldes skader nævnt under pkt. 3 i fællesbestemmelserne

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

14.3.3. Dødsfald, når ulykkestilfældet skyldes sygdom (bortset fra besvimelsestilfælde eller ildebefindende)

14.3.4. Dødsfald, der skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.

14.3.5. Dødsfald, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.

14.3.6. Dødsfald, der skyldes følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.

15. Invaliditetsdækning

Det fremgår af policen, om dækningen er valgt.

For invaliditetsdækningen gælder nedenstående betingelser samt fællesbestemmelserne, jf. afsnit 1 – 13, i tilknytning til gældende lov om forsikringsaftaler.

15.1. Hvem modtager erstatningen

15.1.1. Ménerstatningen

Ménerstatningen til forsikrede barn udbetales i overensstemmelse med lovgivning om anbringelse af umyndige midler, såfremt det forsikrede barn på udbetalingstidspunktet, ikke er myndigt. Hvis det forsikrede barn på udbetalingstidspunktet er myndigt, udbetales ménerstatningen til det forsikrede barn.

15.1.2. Udbetaling

Udbetaling af erstatning sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet.

15.2. Hvad omfatter invaliditetsdækningen

15.2.1. Ulykkestilfælde

Ulykkestilfælde, der medfører mindst 5% varigt mén (medicinsk invaliditet).

Når et ulykkestilfælde, (se fællesbestemmelsernes pkt. 2.2) er direkte årsag til, at forsikredes mén (medicinske invaliditet) fastsættes til mindst 5%, udbetales der erstatning.

15.2.2. Méngraden

Méngraden kan ikke overstige 100% for samme ulykkestilfælde.

Invaliditetsgraden fastsættes i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring benytter på skadetidspunktet med de begrænsninger, der er anført nedenfor og i pkt. 15.3.

15.2.3. Invaliditetsgraden

Hvis invaliditetsgraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, fastsættes den tilskadekomnes mén (medicinske invaliditetsgrad) efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

15.2.4. Fastsættelse af invaliditetsgraden

I alle tilfælde fastsættes invaliditetsgraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevne, tilskadekomnes specielle erhverv eller andre individuelle forhold. Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad.

15.2.5. Bestående invaliditet

En bestående invaliditet kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været til stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at invaliditetsgraden (uanset forud bestående invaliditet) fastsættes, som om der alene foreligger invaliditet på det senest beskadigede organ, medmindre andet fremgår af policen.

15.2.6. Erstatningen fastsættes

Erstatningen fastsættes, så snart det må anses for sikkert, at ulykkestilfældet og lidelser, der er en følge heraf, ikke vil medføre døden, og tilskadekomnes tilstand i øvrigt må betragtes som stationær.

15.3. Hvad omfatter invaliditetsdækning ikke

Invaliditetsdækning udbetales ikke for:

15.3.1. Invaliditet, der skyldes skader nævnt under pkt. 3 i fællesbestemmelserne.

15.3.2. Invaliditet, når ulykkestilfældet skyldes sygdom bortset fra besvimelsestilfælde eller ildebefindende.

15.3.3. Invaliditet, der skyldes sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.

15.3.4. Invaliditet, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.

15.3.5. Invaliditet, der bestod før ulykkestilfældet, jvf. tillige pkt. 15.2.

15.3.6. Invaliditet i form af psykiske følger efter hændelser, hvor forsikrede ikke selv har været udsat for fare for fysisk personskade.

15.3.7. Invaliditet, som skyldes følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.

15.3.8. Invaliditet, som skyldes overbelastning af andre legemsdele end dem, som er blevet beskadiget ved ulykken.

15.3.9. Invaliditet som skyldes nedslidning af andre legemsdele end dem, som er blevet beskadiget ved ulykken.

15.3.10. Udgifter til medicin, forbindinger, bandager, bideskinner, hjælpemidler og lignende.

15.3.11. Udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandlinger.

16. Dobbeltstatning

Denne dækning er obligatorisk og fremgår af din police.

16.1. Hvad omfatter dobbeltstatningsdækningen

Der udbetales dobbeltstatning ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde, som medfører en méngrad på 30% eller derover.

17. Behandlingsudgifter

Denne dækning er obligatorisk og fremgår af din police.

For behandlingsudgifter gælder nedenstående betingelser samt fællesbestemmelserne, jf. afsnit 1-13, i tilknytning til gældende lov om forsikringsaftaler.

17.1. Hvad omfatter behandlingsudgifter

I det omfang, den tilskadekomne ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side, dækkes de udgifter, den forsikrede (som følge af et ulykkestilfælde omfattet af forsikringen) har afholdt til:

- Rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut, osteopat eller akupunktør der efter lægelig vurdering har en helbredende effekt.

Den samlede godtgørelse af udgifterne er begrænset til kr. 25.365 pr. ulykkestilfælde (2024).

Udgifterne betales indtil tilstanden lægeligt anses for stationær, dog maksimalt til méngraden er fastsat, dog aldrig længere end til 1 år efter ulykkesdagen.

17.2. Hvad omfatter behandlingsudgifter ikke

17.2.1. Udgifter til behandling for overbelastning og nedslidning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken.

17.2.2. Andre udgifter end de i pkt. 17.1. anførte, fx udgifter til befordring, advokatbistand, lægebehandling, anden specialbehandling, medicin eller hjælpemidler af enhver art, fx halskrave og støttebind, er ikke dækket af forsikringen.

17.2.3. Behandlingsudgifterne betales ikke for skader, der er nævnt under pkt. 3 i fællesbestemmelserne.

18. Tandskadedækning

Denne dækning er obligatorisk og fremgår af din police.

Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter til behandling af tandskade, som er en direkte følge af et ulykkestilfælde, i det omfang forsikrede ikke har ret til erstatning fra anden side, fx fra offentlig eller privat sygeforsikring eller kommunal tandpleje.

18.1. Hvad omfatter tandskadedækningen

18.1.1. Når et ulykkestilfælde, se fællesbestemmelsernes pkt. 2.2, er direkte årsag til en tandskade, dækkes rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling i det omfang udgifterne ikke betales af anden vej, fx fra den offentlige sygesikring eller arbejdsskadeforsikring.

18.1.2. Tandskadedækningen omfatter også aftagelige tandproteser, der beskadiges, når de sidder i munden på ulykkestidspunktet.

18.1.3. Ved sygelige eller unormale forandringer i tænderne sker der kun betaling for den del af skaden, som ville være blevet en følge af ulykkestilfældet, hvis disse forandringer ikke havde været til stede.

18.1.4. Var tænderne eller protesens tilstand forringet inden ulykkestilfældet fx som følge af fyldninger, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller andre sygdomme, reduceres eller bortfalder erstatningen, svarende til forringelsens omfang, i forhold til velbevarede tænder eller proteser.

18.1.5. Medfører en tandskade behov for en tandbro, og viser det sig, at nabotænder til den beskadigede tand mangler eller er svækkede, kan erstatningen ikke overstige, hvad der havde været den nødvendige behandling, hvis nabotænder havde været intakte.

18.1.6. Ved skade på et broled i en bestående tandbro kan erstatningen ikke overstige, hvad der havde været den nødvendige behandling, hvis broledet i stedet havde været en intakt tand.

18.2. Hvad omfatter tandskadedækningen ikke

Tandskadedækning udbetales ikke for:

18.2.1. Skader, der er nævnt under pkt. 3 i fællesbestemmelserne.

18.2.2. Tandbehandling, når ulykkestilfældet skyldes sygdom (bortset fra besvimelsestilfælde eller ildebefindende).

18.2.3. Tandbehandling, der skyldes sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.

18.2.4. Tandbehandling, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.

18.2.5. Tandskade på tænder og tandproteser opstået ved tygning eller spisning.

18.2.6. Tandbehandling, som skyldes følger af læge- eller tandlægebehandling, der ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.

18.2.7. Tandbehandling, der foretages efter den dag, barnet fylder 25 år. Ulykken skal være sket inden første forfald, efter barnet er fyldt 18 år.

19. Uddrag fra den vejledende méntabel fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (1. januar 2012)

	%		
Tab af begge øjne eller synet på begge øjne	100		
Tab af synet på ét øje	20		
Totalt høretab på begge ører	75		
Totalt høretab på ét øre	10		
Tab af et ben	65		
Amputation i knæet eller på låret med god protesefunktion	50		
Amputation i knæet eller på låret med dårlig protesefunktion	60		
Tab af fod med god protesefunktion	30		
Tab af fod med dårlig protesefunktion	40		
Tab af alle tæer på én fod	10		
Tab af 1. tå (storetå) og noget af dens mellemfodsben	8		
Tab af 1. tå	5		
Læsion af korsbånd med moderat skuffeløshed og let muskelsvind og/eller let bevægeindskrænkning	8		
	H %	V %	
Tab af arm	70	65	
Daglige, belastningsudløste smerter og middelsvært nedsat bevægelighed til aktivt frem-op og ud-op 90 grader	10	10	
Tab af hånd	60	55	
Tab af alle fingre på en hånd	55	50	
Tab af tommelfinger med mellemhåndsbens	30	25	
Tab af tommelfinger	25	20	
Tab af tommelfingers yderstykke	12	12	
Tab af 2. finger	10	10	
Tab af 2. fingers yder- og midterstykke	10	10	
Tab af 2. fingers yderstykke	5	5	

Tab af 3. finger	10	10
Tab af 3. fingers yder- og midterstykke	8	8
Tab af 4. finger eller 5. finger	8	8
Tab af 4. finger eller 5. fingers yder- og midterstykke	5	5
Stivhed af håndled i god arbejdsstilling	10	10

Hvis forsikrede er venstrehåndet, vurderes venstre som højre.

Tilvalgsdækninger

20. Farlig sport

Hvis du har tilvalgt denne dækning, vil det fremgå af din police.

20.1. Hvad omfatter dækningen

Erstatning for varigt mén ved ulykkestilfælde sket i forbindelse med nedennævnte former for farlig sport:

- Træning eller deltagelse i motorløb af enhver art
- Boksning, selvforsvar og kampsportsgrene
- Bjergbestigning, bjergklatring, rapelling på bjergvæg eller på bygning
- Faldskærmsudspring, paraglidning, hangglidning
- Elastikspring
- Dykning med trykflasker
- Drage-, svæve-, og ultralightflyvning
- Fritidspilot
- Rafting

20.2. Hvad omfatter dækningen ikke

20.2.1. Dødsfald, selvom det af policen fremgår at der er dækning ved begravelseshjælp.

20.2.2. Tandskader ved boksning, selvforsvar og kampsportsgrene selvom det af policen fremgår, at der er dækning ved tandskader.

21. Strakserstatning

Hvis du har tilvalgt denne dækning, vil det fremgå af din police.

21.1 Hvad omfatter strakserstatning

Dækningen yder erstatning hvis du ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde udsættes for en skade nævnt i punkt 21.2.

21.2 Hvilke skadetilfælde omfatter dækningen

Forsikringen dækker, hvis du som følge af et ulykkestilfælde får:

- knoglebrud
- helt eller delvist overrevet korsbånd
- helt overrevet sideledbånd i knæ
- helt overrevet akillessene

Knoglebrud er brud på kraveben, skulder, over- og underarm, albue, håndled, mellemhånd/håndrod, nakke, kæbe, ryg, bækken, hofter, haleben, lår- og underben, knæ, ankel og mellemfod/fodrod inkl. hæl.

21.3 Dokumentation

21.3.1. Brud skal være konstateret ved skadestue- eller lægejournal og røntgenundersøgelse og dokumenteret i skadestue- eller lægejournal.

21.3.2. Korsbåndsskader skal være konstateret ved scanning eller kikkertundersøgelse.

21.3.3. Skader på akillessene skal være konstateret ved scanning og dokumenteret i skadestue- eller lægejournal.

21.4 Erstatning

21.4.1 Der udbetales et engangsbetrag på 15.000 kr. (indeksreguleres ikke) pr. forsikringsbegivenhed, uanset antal brud eller overrivninger jf. punkt 21.2

21.4.2. Strakserstatningen udbetales, uanset om der er varige følger efter ulykken, og om der senere fastsættes en méngrad. Strakserstatningen vil ikke blive modregnet i en evt. invaliditetserstatning på et senere tidspunkt.

21.4.3 Strakserstatningen udbetales til forsikringstageren

21.5 Hvad omfatter dækningen ikke

21.5.1 Dækningen omfatter ikke andre knogler end nævnt i punkt 21.2, f.eks. brud på kranie, tæer, fingre, ribben og flig af knogle/revner i knogle samt andre typer af skader på led- og korsbånd samt akillessene end nævnt i punkt 21.2.

21.5.2. Dækningen omfatter ikke brud eller skader på kroppen, hvis der inden for det seneste år tidligere har været brud eller skade på samme sted/legemsdel.

21.5.3. Dækningen omfatter ikke knogleafrivninger, trætheds- eller stressbrud eller skader, der skyldes forudbestående varigt mén, sygdom eller lidelser, herunder medfødte lidelser samt eventuel forværring af disse, selvom sygdommen opstår eller bliver forværret i forbindelse med hændelsen – jf. pkt. 3 og 15.3

21.5.4. Dækningen omfatter ikke knoglebrud samt overrivninger, der skyldes skader, nævnt under pkt. 3 i fællesbestemmelserne.

Udvidet dækning

22. Udvidet dækning – AP Pension

AP Børneforsikring er oprettet på grundlag af aftale mellem selskabet, hvor forsikringstager har tegnet dækning for det forsikrede barn og AP Pension.

AP Pension livsforsikringsaktieselskab (AP Pension)

Østbanegade 135

2100 København Ø

CVR-nr. 18530899

www.appension.dk

Forsikringen består af følgende forsikringsdækninger:

- Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år
- Visse kritiske sygdomme
- Méngraderstatning ved sygdom

Forsikrede bliver optaget i, og omfattet af forsikringsdækningen på baggrund af de oplysninger selskabet modtager fra forsikrede og dennes væрге.

22.1.

Forsikrede, dennes væрге eller andre berettigede skal anmelde dækningsberettigede skade til selskabet hurtigst muligt. Hvis tilstanden efter en sygdom forværres, skal forsikrede, dennes væрге eller andre berettigede anmelde forværringen til selskabet. Skadebehandling foretages i AP Pension.

22.2.

Forsikrede, dennes væрге 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.

Det kan blandt andet være nødvendigt, at forsikrede, dennes væрге eller andre berettigede samtykker og medvirker til, at AP Pension indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer mv. (Det kan fx være tale om, at AP Pension indhenter attester hos læger, der behandler eller har behandlet forsikrede).

AP Pension behandler alle oplysninger efter regler, som findes i lovgivningen. AP Pension og Forsia Forsikring har tavshedspligt om forsikredes forhold og må kun videregive oplysninger herom, hvis forsikrede, dennes væрге eller andre berettigede har godkendt, at der sker videregivelser, eller hvis lovgivningen giver adgang til at videregive oplysninger.

22.3.

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

22.4.

AP Pension fratrækker eventuelle skatter eller afgifter, herunder boafgift, inden udbetaling. Det sker i henhold til gældende lovgivning.

22.5.

Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning. Forsikringen er tegnet i tilknytning til selskabets børneulykkesforsikring. Hvis selskabets børneulykkesforsikring ophører, ophører den udvidet dækning samtidigt. Overgår værgemålet over det forsikrede barn til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, skal dette meddeles til selskabet. Den nye væрге kan overtage forsikringen, hvilket tilsvarende skal meddeles selskabet, af hensyn til følgerne ved manglende præmiebetaling.

Hvis værgen afgår ved døden i forsikringstiden, kan forsikringen overtages af en eventuel ny væрге, eller det forsikrede barn, hvis barnet er myndigt. Når dækningen ophører, vil forsikringen ikke have opnået nogen værdi.

22.6.

Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede, dennes væрге eller andre berettigede og AP Pension, og fornyet henvendelse til AP Pension ikke fører til et tilfredsstillende resultat, kan forsikrede, dennes væрге eller andre berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring. Adressen er:

Ankenævnet for Forsikring
Østergade 18, 2. sal
1100 København K
Tlf.: 33 15 89 00

23. Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år

Dødsfaldssum til børn er oprettet som en gruppelevsforikring uden opsparing, en såkaldt risikoforsikring, hvor forsikringssummen alene udbetales ved forsikredes død, så længe denne er omfattet af forsikringen. Det er uden betydning, om dødsfaldet skyldes ulykke eller sygdom.

Gruppelivsforikring dækker hele døgnet og i hele verden. AP Pension udbetaler forsikringssummen til værger. Hvis forsikrede er myndig ved forsikringsbegivenhedens indtræden, udbetaler AP Pension forsikringssummen til forsikredes nærmeste pårørende efter reglerne i Forsikringsaftaleloven, medmindre andet er skriftligt meddelt selskabet.

Retten til udbetaling bortfalder, hvis der ikke findes en berettiget, ifølge særlig begunstigelsesbestemmelse, gruppelevsaftalens begunstigelsesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

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 fareforølgelse.
- 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 og/eller sygdomme, der er indtrådt inden, at forsikrede er fyldt 1 år. Gruppelivsforikring opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

24. Visse kritiske sygdomme

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under pkt. 24. A – R.

Det er diagnostetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov. Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for pkt. 24. når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt. Forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn dækker hele døgnet og i hele verden. 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 allogene 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 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 punkt 24.F, og som udvikler sig til en diagnose under punkt 24.A.

B: Hjerterklapoperation på grund af hjerterklapfejl

Planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerterklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese samt homeograft 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 udrykningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30% 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.

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. uden for hjernen (fx øjne, øre, hypofyse).

E: Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell 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, rygmarv eller disse organers hinde (centralnervesystemet), som efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15%, vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings 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 Acousticus neurinomer (Schwanomer). Endvidere undtages svulster der er opstået i eller på en eller flere hjerne- eller kraniennerver, herunder syns- eller hørenerven.

G: Multipel (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. Borreliose og TBE) medførende svære neurologiske følger

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinde forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en ménggrad på 15% 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 rygmarvsvæskeundersøgelse 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.

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 Alzheimermarkører 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 Du-chennes 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

Dobbelttidigt 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, hjertelunge eller hjertelunge 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 pkt. 24A.

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 opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

N: HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

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. 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 inden for den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv test inden for de næste 12 måneder.

O: Større forbrænding (ambustio)

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

Diagnosen skal fremgå af journaludskrift eller epikrise fra en brandsårsafdeling.

P: Praktisk blindhed

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

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 pkt. 24. 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 pkt. 24 A - Q eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf.
- Et ulykkestilfælde, hvorved forstås legemsbeskadigelse, som rammer den forsikrede ufrivilligt gennem pludselig udefrakommende hændelse **og**
- Infektioner eller epidemier.

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

- Hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden.
- Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i pkt. 24 A - R.
- Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i punkt 24. A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter pkt. 24. A.
- Hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i pkt. 24. A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.
- Ved diagnoser som beskrevet i pkt. 24. B og C, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i pkt. 24. B eller C ved diagnoser som beskrevet i pkt. 24. H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i punkt 24. H eller I, mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i pkt. 24. A - R.
- Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter punkt 24. A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter pkt. 24. A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i pkt. 24. A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode.
- 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 pkt. 24. A - R.
- 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.

- ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område.
- Hvis forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sit dødsfald.
- Ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i pkt. 24. B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før forsikrede er fyldt 1 år.

25. Méngradserstatning ved sygdom

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

Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:

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

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

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

- Mén som følge af medfødte stofskiftesygdomme ICD E70-E90 (fx Cystisk fibrose, Phenylketonuri).
- Mén som følge af Epilepsi ICD G40.
- Mén som følge af sygdomme i det centrale nerve- og muskelsystem ICD G11, G12, G60, G71 og G80 (fx CP, muskeldystrofi).
- Mén som følge af misdannelser og kromosomafvigelser ICD Q00-Q99 (fx misdannelser af de indre organer).

25.1. Fastsættelse af mén

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

AP Pension fastsætter méngraden efter samme méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring benytter på skade-tidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.

Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings 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 nedsættelse af erhversevnen, forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Et bestående mén kan ikke medføre, at méngraden ansættes højere, end hvis det ikke havde været til stede. Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad.

25.2. Forsikringens størrelse

Ved en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed udbetaler AP Pension på baggrund af den sum, som var gældende ved forsikringsbegivenhedens indtræden til værgen eller andre berettigede.

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

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.

25.3. Dækningen omfatter ikke:

- Sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft.
- Mén som følge af psykisk sygdom.
- 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.
- Følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af den sygdom, der er dækket af forsikringen.
- 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:

- Psykiske sygdomme ICD F00-F69 (fx psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).
- 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.

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.

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.

Uenighed om méngraden

Såvel forsikrede, dennes værge og andre berettigede som AP Pension kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af méngraden for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring under hensyntagen til forsikringsbetingelsernes pkt. 25.1. og eventuelle relevante bestemmelser i pkt. 25.3.

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